PSICOLOGIA DO MEDO

COMO LIDAR COM TEMORES, FOBIAS, ANGÚSTIAS E PÂNICOS

Christophe André

EDITORA VOZES

DADOS DE ODINRIGHT

Sobre a obra:

A presente obra é disponibilizada pela equipe ***eLivros*** e seus diversos parceiros, com o objetivo de oferecer conteúdo para uso parcial em pesquisas e estudos acadêmicos, bem como o simples teste da qualidade da obra, com o fim exclusivo de compra futura.

É expressamente proibida e totalmente repudíavel a venda, aluguel, ou quaisquer uso comercial do presente conteúdo.

Sobre nós:

O ***eLivros*** e seus parceiros disponibilizam conteúdo de dominio publico e propriedade intelectual de forma totalmente gratuita, por acreditar que o conhecimento e a educação devem ser acessíveis e livres a toda e qualquer pessoa. Você pode encontrar mais obras em nosso site: ***eLivros***.

Como posso contribuir?

Você pode ajudar contribuindo de várias maneiras, enviando livros para gente postar ***Envie um livro***

;)

Ou ainda podendo ajudar financeiramente a pagar custo de servidores e obras que compramos para postar, ***faça uma doação aqui*** :)

"*Quando o mundo estiver unido na busca do conhecimento, e não mais lutando por dinheiro e poder, então nossa sociedade poderá enfim evoluir a um novo nível.*"

eLivros.love

Converted by convertEPub

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

André, Christophe

Psicologia do medo : como lidar com temores, fobias, angústias e pânicos / Christophe André ; tradução de João Batista Kreuch. 5. ed. – Petrópolis, RJ : Vozes, 2023.

ISBN 9788532666512

Título original: Psychologie de la peur : craintes, angoisses et phobies.

Bibliografia.

1. Ansiedade 2. Fobias 3. Medo – Aspectos psicológicos 4. Pânico – Distúrbios I. Título.

06-7030 CDD-152.46

Índices para catálogo sistemático:

1. Medo : Psicologia 152.46

PSICOLOGIA DO MEDO

COMO LIDAR COM TEMORES, FOBIAS, ANGÚSTIAS E PÂNICOS

Christophe André

Tradução de João Batista Kreuch

EDITORA VOZES

Petrópolis

© Odile Jacob, 2004, 2005.

Tradução do original em francês intitulado *Psychologie de la peur – Craintes, angoisses et phobies.*

Direitos de publicação em língua portuguesa – Brasil:
2007, 2023, Editora Vozes Ltda.
Rua Frei Luís, 100
25689-900 Petrópolis, RJ
www.vozes.com.br
Brasil

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra poderá ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma e/ou quaisquer meios (eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia e gravação) ou arquivada em qualquer sistema ou banco de dados sem permissão escrita da editora.

CONSELHO EDITORIAL

Diretor
Volney J. Berkenbrock

Editores
Aline dos Santos Carneiro
Edrian Josué Pasini
Marilac Loraine Oleniki
Welder Lancieri Marchini

Conselheiros
Elói Dionísio Piva
Francisco Morás
Gilberto Gonçalves Garcia
Ludovico Garmus
Teobaldo Heidemann

Secretário executivo
Leonardo A.R.T. dos Santos

Editoração: Fernando Sergio Olivetti da Rocha
Diagramação: Sheilandre Desenv. Gráfico
Revisão gráfica: Nilton Braz da Rocha
Capa: Rafael Nicolaevsky

Conversão para eBook: SCALT Soluções Editoriais

ISBN 9788532666512
ISBN 2-7381-1425-3 (França)

Este livro foi composto pela Editora Vozes Ltda.

Ao meu amigo Michel,
que nunca deu ouvido a seus medos.

Agradecimentos

Aos meus caros pacientes, por sua confiança, sua coragem, sua gentileza e seu humor.

A Catherine Meyer, por seu apoio e seus conselhos para uma boa redação textual.

A Antonia Canioni, Loïc Hétet e Jean-Jérôme Renucci, sempre presentes, amigáveis e eficazes.

A Cécile Andrier, por sua ajuda passada, presente e futura.

A Odile Jacobe Barnard Gotlieb, por sua constante atenção.

A Patrick Légeron, colega e amigo, que me ensinou muito sobre as fobias, as terapias comportamentais, a pedagogia e tantas outras coisas.

A Henri Lôo e Jean-Pierre Olié, que sempre me deixaram livre para cuidar de meus pacientes ao meu modo, no contexto de uma psiquiatria francesa por tanto tempo fechada a tudo que se afastasse da ortodoxia.

Ao maior especialista dos medos, Isaac Marks, *star* da psiquiatria britânica, a quem um dia falei de meus livros e que me ouviu e encorajou com enorme gentileza.

Sumário

Agradecimentos

Sumário

Introdução

1 Medos normais e medos patológicos

1.1 O medo: um sistema de alarme

1.1.1 O que é um medo normal?

1.1.2 Quando o medo se torna patológico?

1.2 Dos medos doentios às doenças do medo: as fobias

1.2.1 Qual é a diferença entre o medo e a fobia?

1.2.2 Qual é a frequência dos medos e das fobias?

1.2.3 As fobias: medos intensos e resistentes

1.2.4 A fobia não consiste apenas em medo e fuga, mas é também o desgaste emocional decorrente do confronto com o medo

1.3 Os grandes medos e as fobias: uma forma alérgica de medo?

1.4 Como ter domínio sobre seus medos?

1.5 As diferentes faces do medo

2 De onde vêm os medos e as fobias?

2.1 Por que eu tenho tanto medo?

2.2 De onde vêm as fobias e os medos excessivos?

2.2.1 As visões tradicionais sobre os grandes medos

2.2.2 As explicações atuais para os grandes medos

2.3 Os medos da infância

2.4 Os medos pertencem ao patrimônio da humanidade!

2.4.1 Medos que já nos salvaram...

2.4.2 As fobias como herança da espécie: das hipóteses às demonstrações

2.4.3 A humanidade precisa de seus fóbicos...

2.5 Não somos iguais frente aos medos e às fobias: histórias de predisposição

2.5.1 Há pessoas mais frágeis?

2.5.2 A tendência à inibição diante da novidade

2.5.3 Os hipersensíveis e os hiperemotivos têm predisposição à fobia?

2.5.4 Intolerância ao medo: o medo do medo

2.6 A aprendizagem de medos e fobias

2.6.1 Acontecimentos traumatizantes de vida: “Isso marcou a minha vida”

2.6.2 Experiências terríveis e repetidas de medo: “Elas acabaram me deixando abalada”

2.6.3 A imitação de modelos: “Você tem medo do cachorro, mamãe?”

2.6.4 As mensagens da educação: “Cuidado com o bicho-papão”

2.7 Por que as mulheres têm mais medos e fobias do que os homens?

2.8 Como conclusão a respeito das causas dos medos e das fobias

3 Os mecanismos dos medos e das fobias

3.1 As três dimensões dos medos e das fobias

3.2 Mecanismos comportamentais: a fuga que piora as coisas

3.2.1 Os evitamentos: lógicos; porém, tóxicos

3.2.2 Um gênio em evitamentos

3.2.3 Evitamentos sutis que ajudam a sobreviver, mas não a viver bem; e menos ainda, a vencer o medo

3.2.4 Evitar os evitamentos...

3.3 Mecanismos psicológicos: o medo tem olhos grandes

3.3.1 “Eu não olho, eu vigio”

3.3.2 “Nunca se sabe...”

3.3.3 “Eu produzo um filme assustador”

3.3.4 “Eu mergulho em mim mesmo”

3.3.5 Inteligência sob influência: é possível interferir?

3.4 Mecanismos emocionais: é possível escapar da psicobiologia do medo?

3.4.1 O circuito cerebral do medo: cenário biológico de uma sequência de pavor

3.4.2 As relações entre amídala e córtex pré-frontal: combate ou colaboração?

3.4.3 Limitados pelo medo

3.4.4 Diversos tipos de desregulagens ligadas à biologia do medo

3.4.5 Como “acalmar” a amídala cerebral

4 Como enfrentar o medo: primeiros passos

4.1 Desobedeça a seus medos

4.2. Informe-se realmente sobre o que lhe causa medo

4.3 Deixe de temer o medo

4.3.1 Pare de ter medo do medo

4.3.2 Pare de ter vergonha do medo

4.3.3 Pare de ficar triste por ter medo

4.4 Modifique sua visão de mundo

4.4.1 O mundo é perigoso: o papel dos cenários catastróficos

4.4.2 Eu não posso confiar em mim, e minhas reações podem me prejudicar: o perigo está em mim mesmo

4.4.3 Eu não sou capaz: o sentimento de falta de controle

4.4.4 Medo antes, medo durante, medo depois: medo o tempo todo

4.5 Confronte-se com o medo seguindo as regras

4.5.1 Por que confrontar-se?

4.5.2 Que regras devem ser respeitadas para superar permanentemente as fobias

4.6 Respeite-se e faça com que os outros respeitem seus medos

4.7 Reflita sobre seu medo, sua história e sua função... mas não perca seu objetivo!

4.7.1 É sempre necessário refletir sobre a história de seus medos

4.7.2 Há alguma vantagem em ser fóbico?

4.7.3 Os medos têm um significado oculto?

4.8 Cuide de si mesmo: medos, fobias e higiene de vida

4.8.1 Exercício físico

4.8.2 Alimentação

4.8.3 O estresse torna os medos mais graves

4.9 Aprenda a relaxar e meditar

4.9.1 Por que e como relaxar?

4.9.2 A meditação pode ser útil para lidar com os medos excessivos?

4.10 Mantenha seus esforços por longo prazo

5 Saber tudo sobre o tratamento das fobias

5.1 É possível curar-se de uma fobia?

5.1.1 Curar-se é, antes de tudo, fazer com que os sintomas do medo diminuam ou desapareçam

5.1.2 Curar-se é, também, aprender a enfrentar os seus medos

5.1.3 Que recursos existem, hoje, para a cura?

5.2 Os indispensáveis caminhos biológicos da cura

5.2.1 É preciso curar o cérebro para curar o espírito

5.2.2 Pode-se modificar a arquitetura cerebral através da psicoterapia?

5.2.3 A prova das imagens

5.3 Há medicamentos contra as fobias?

5.3.1 Os tranquilizantes, os calmantes e outros ansiolíticos servem apenas para fazer o medo adormecer

5.3.2 Alguns antidepressivos permitem controlar o medo

5.3.3 Existem medicamentos “bio” com efeito antifóbico?

5.3.4 O bom uso dos medicamentos

5.4 As terapias comportamentais e cognitivas (TCC)

5.4.1 Em que consistem as terapias cognitivas e comportamentais?

5.4.2 Elogio do bom-senso

5.4.3 O pequeno Peter: primeiro caso de fobia tratado pela terapia comportamental em 1924

5.4.4 Como avaliar cientificamente uma psicoterapia?

5.4.5 Demonstrações e debates

5.4.6 As técnicas utilizadas nas TCC

5.4.7 Uma novidade na abordagem que as TCC fazem das fobias: o EMDR

5.5 Fobias e psicanálise

5.6 Todos os caminhos levam a Roma; porém, uns mais rapidamente do que outros

6 Medos e fobias: um pouco de história e um retrato de família

6.1 A fobia não é uma neurose

6.2 As três famílias de fobias

7 Medos e fobias “simples”: animais, avião, sangue e água

7.1 Medos intensos e fobias “específicas”

7.1.1 As fobias específicas são doenças?

7.1.2 Um pouco de ciência a propósito dos medos e das fobias específicas

7.2 Medos e fobias de animais

7.3 Medos e fobias de elementos naturais

7.4 Medo de falta de ar e claustrofobia

7.5 Medos e fobias de meios de transporte

7.6 Medos e fobias de sangue e ferimentos

7.7 E quando se sofre de várias fobias ao mesmo tempo?

7.8 Enfrentar seus medos sozinho?

7.8.1 É possível curar-se sozinho de uma fobia específica?

7.9 Como tratar medos e fobias específicos?

7.9.1 Um tratamento expresso para certas fobias específicas?

7.9.2 A realidade virtual a serviço das fobias específicas

7.10 O que aconteceu com os pacientes cujas histórias foram contadas neste capítulo?

7.10.1 Francisca e a fobia de pássaros

7.10.2 Rosemarie e a fobia de água

7.10.3 Mariane e a fobia de dirigir automóveis

7.10.4 Marcos e a fobia de sangue

7.11 Medos simples, mas geralmente órfãos

8 Medos e fobias sociais

8.1 Essas interações que dão medo

8.1.1 As situações sociais geradoras de medo

8.1.2 Além do medo: a vergonha

8.2 Um medo social intenso, mas limitado: o nervosismo

8.2.1 Enfrentar o nervosismo

8.3 Um medo social moderado, porém incômodo: a timidez

8.3.1 Enfrentar a timidez

8.4 Um medo doentio: a fobia social

8.4.1 Os medos sociais em seu ponto máximo

8.4.2 A fobia social pode assumir diferentes faces

8.4.3 O medo de enrubescer

8.5 A ciência dos medos sociais

8.5.1 Uma amídala hipersensível a fisionomias hostis?

8.5.2 Focalizar a si mesmo em detrimento da interação

8.5.3 Uma tendência feroz à autocrítica

8.5.4 A insidiosa intoxicação da ruminação após os confrontos sociais

8.5.5 O papel da indignação, sobretudo reprimida por uma atitude submissa

8.6 Como tratar os medos sociais graves?

8.6.1 Os medicamentos

8.6.2 As psicoterapias

8.6.3 Os exercícios de exposição para lutar contra os medos sociais

8.6.4 Exercícios que também fazem bem aos terapeutas

8.6.5 O trabalho sobre os próprios pensamentos e a autoaceitação

8.6.6. A terapia de Máximo

8.7 “Estou cansado de subviver”

9 O medo de passar mal: crises de angústia, pânico e agorafobia

9.1 Como um mal-estar...

9.2 Medo de passar mal ou transtorno de pânico?

9.2.1 O ataque de pânico

9.2.2 O transtorno de pânico

9.2.3 A agorafobia

9.3 Um medo que causa um grande handicap

9.4 A dinâmica do transtorno de pânico

9.4.1 A espiral do pânico

9.4.2 Uma fobia dupla

9.5 A ciência e os ataques de pânico

9.5.1 Uma excessiva vigilância corporal

9.5.2 Química e fobia: moléculas de medo?

9.5.3 Hiperventilação e hipersensibilidade ao gás carbônico

9.5.4 Problemas com sua maneira de respirar

9.5.5 A relação entre o TPA e anomalias em matéria de saúde

9.6 Enfrentar uma crise de angústia ou um mal-estar

9.6.1 O que fazer em caso de uma crise aguda de angústia?

9.7 Como cuidar de pânicos e agorafobias

9.7.1 Os medicamentos

9.7.2 A psicoterapia comportamental e cognitiva

9.8 Senti um calafrio pavoroso

10 E muitos outros medos...

10.1 Pseudomedos e falsas fobias

10.2 Medos e fobias raras ou pouco conhecidas

10.2.1 O medo de engasgar-se ao comer ou beber

10.2.2 O medo de vomitar em público

10.2.3 O medo de que o estômago ronque, de soltar puns e de não reter as fezes ou a urina

10.2.4 O medo de cair e das áreas descobertas

10.2.5 O medo do parto, ou tocofobia

10.2.6 O medo das relações sexuais

10.2.7 Medos e fobias raras e atípicas

10.2.8 O tratamento de medos raros

10.3 Medos e fobias que são sintomas de outras doenças da ansiedade

10.3.1 O medo de micróbios

10.3.2 O medo de doenças

10.3.3 O medo da morte

10.3.4 A dismorfofobia, ou medo de ter que carregar um defeito em sua aparência física

10.3.5 Os medos de cometer um ato impulsivo

10.4 Podemos concluir a abordagem dos medos e das fobias?

Conclusão

Anexos

1 Livros e sites para mais informações

2 Exercícios de relaxamento e de meditação para pessoas que sofrem de medos excessivos ou de fobias

2.1 Exercícios de relaxamento

2.2 Exercícios de meditação

Introdução

Era uma bela manhã.

Fui com Sandra a um viveiro de pássaros. Nós nos aproximamos das gaiolas e ficamos observando os pássaros a poucos centímetros. Era a primeira vez em sua vida que ela ficava tão perto deles. Ela tem tanto medo...

Depois disso, andei um pouco com o Tiago no supermercado. Ficamos bastante tempo na frente das prateleiras, e entramos diversas vezes na fila do caixa. Não ocorreu nenhuma síncope, diversamente do que ele achava que iria acontecer. Tiago tem medo de passar mal quando fica muito tempo de pé...

Um pouco mais tarde, conversei com Odete sobre seu medo de ficar sufocada se estiver num elevador na hora de uma pane, ou em um banheiro apertado. Em seguida fizemos uma experiência com isso. Contarei onde e como foi...

Mais tarde, eu estava com Sofia e André dando gritos dentro do metrô. Os passageiros pareciam estar um tanto curiosos, mas depois voltaram a ler seus jornais. Sofia e André perceberam que seu medo de parecer ridículos não os matava, e na verdade os incomodava menos do que parecia...

Ah, eu estava esquecendo: com Helena, que morre de medo da morte, fomos a um grande cemitério e caminhamos entre os túmulos, lemos o nome dos defuntos, célebres ou desconhecidos, pensamos neles, tocamos a sepultura de cada um deles. Nós enxergamos a vida perfeitamente integrada com a morte. Isto fez com que Helena refletisse bastante, ela que não imaginava os cemitérios dessa forma...

Em alguns momentos nós relutamos, avançamos, retrocedemos, discutimos, pensamos. Rimos, muitas vezes, e como! Com o Tiago, quando os seguranças das lojas vieram ver o que estávamos fazendo ali, parados há 15 minutos na frente de uma prateleira de escovas de dentes, como explicar-lhes que estávamos fazendo um exercício de controle do medo de um mal-estar?! E com a Sofia, quando um passageiro veio nos perguntar onde estava escondida a câmara, pois estava convencido de que os gritos estavam sendo filmados secretamente para um programa humorístico.

Medos preciosos que, muitas vezes, nos salvam. Medos dolorosos que rasgam nossa carne. Medos traiçoeiros que impõem limites à nossa liberdade. E lá se vão algumas décadas que cuido de pessoas que sofrem de medos excessivos, e as acompanho em todos os lugares onde têm medo de ir e as ajudo a enfrentarem seus temores. A coragem e a energia que elas põem em movimento nessas ocasiões para enfrentarem seus medos demonstram que estão a anos-luz do que os outros pensam delas: que são pessoas fracas, resignadas, conformadas com sua situação.

Este livro é destinado e dedicado a estas pessoas. Propõe uma síntese dos conhecimentos de que dispomos atualmente a respeito dos medos e das fobias: Por que todos temos medos? E por que algumas pessoas dentre nós são vítimas desses medos excessivos e doentios que são as fobias? É culpa delas? E, sobretudo, é possível curar-se totalmente de seus medos?

1
Medos normais e medos patológicos

É preciso dar ouvidos a seus medos: eles são um precioso sistema de alarme diante dos perigos. Mas não é bom submeter-se a eles; às vezes, esse sistema fica desregulado. Como uma espécie de alergia, um medo pode tomar corpo e transformar-se em fobia.

Não temos culpa pelos nossos grandes medos, os medos excessivos, incontroláveis, como também não temos culpa por sermos alérgicos, diabéticos ou asmáticos.

Não escolhemos ter medo, e menos ainda ter muito medo. Mas podemos decidir compreendê-lo melhor e, assim, prepararmo-nos melhor para lidar com ele...

Todos os homens têm medo. Todos. Aquele que não tiver medo não é normal...
J.-P. Sartre

Meus primos alpinistas têm medo de altas montanhas. Não chega a ser um pânico, mas aquilo que eles chamam um "medo sadio", um medo respeitoso; eles sabem que os cumes e as geleiras são lugares magníficos, mas perigosos. E que é a falta de medo, por inexperiência ou orgulho, que provoca, muitas vezes, os acidentes. Seu medo é saudável...

Bernardo tem medo de tubarões. Ele consegue datar com precisão este medo: *Tubarão*! Desde que viu este filme, se estiver nadando longe da margem, ou, pior ainda, mar adentro durante um passeio de barco, automaticamente pensa no tubarão chegando de mansinho e escolhendo por qual parte vai começar seu almoço. Ele até se esforça por permanecer na água, mas não consegue nadar à vontade... Seu medo, simplesmente, o prejudica.

Uma amiga minha tem medo de viajar de avião. Seu medo é muito mais preocupante: antes de tudo, porque é mais frequente e mais

necessário para ela tomar um avião do que nadar mais ao largo. Depois, porque seu medo é mais intenso e difícil de controlar. Ela evita o quanto pode as viagens aéreas, mas se precisa fazê-lo, ela se serve de uma mistura de álcool e calmantes para, segundo ela, "voar sem se afobar". Assim faz o trajeto em um semicoma, de olhos fechados, e apesar de tudo, muito tensa e assustando-se com qualquer barulho do compartimento de bagagens. Seu medo a faz sofrer.

Um dia encontrei uma paciente que não saía de casa há mais de vinte anos: ela tinha medo de passar mal caso se afastasse muito de sua base. Esta agorafobia*, nome científico de seu medo, era uma deficiência muito grave e tinha afetado profundamente sua vida.

Todos podemos sentir medo, na presença de um perigo ou diante da iminência de sua ocorrência. O medo é uma emoção, por assim dizer, "fundamental", ou seja, universal, inevitável e necessária. Como todas as espécies animais, o ser humano está programado pela natureza e pela evolução para experimentar medo na presença de certas situações. Temos necessidade do medo, pois ele é um sinal de alarme destinado a facilitar nossa vigilância ante os perigos e aumentar assim nossas chances de sobrevivência.

1.1 O medo: um sistema de alarme

Imagine o alarme de um automóvel ou de uma casa. Ele não deve disparar se não houver uma tentativa de violação ou um incêndio, por exemplo. Nesse momento, e apenas nesse momento, o alarme deve manifestar-se suficientemente forte para ser ouvido, mas não forte demais a ponto de causar pânico na vizinhança; suficientemente longo para chamar a atenção, mas que possa ser desligado em seguida, permitindo regularizar com tranquilidade o problema.

Há também sistemas de alarme naturais em nosso organismo. O reflexo da tosse, por exemplo. Se você estiver num ambiente enfumaçado ou poluído, começará a tossir, como resultado de um espasmo brônquico

(seus brônquios tendem a fechar-se para evitar a entrada dos gases tóxicos) e pelas contrações da laringe que tenta expelir eventuais corpos estranhos. Então a tosse é útil, porque indica que existe um problema para continuar respirando o ar e ela protege seus alvéolos pulmonares. Mas uma crise de asma provocada pela presença de alguns miligramas de pólen de flor representa uma reação desnecessária do alarme: não há perigo relacionado ao pólen. O problema, aqui, não vem do ambiente mas do sistema de defesa que está desregulado. E a dificuldade para respirar, a tosse seca desgastante da crise asmática são mais prejudiciais do que úteis.

O mesmo vale para o medo. Este funciona como um sinal de alarme, cuja função, como todos os sinais de alarme, é chamar nossa atenção para um problema, para nos permitir enfrentá-lo da melhor maneira. O problema é que o sinal de alarme pode estar regulado mais corretamente ou menos corretamente.

1.1.1 O que é um medo normal?

Um medo normal é um alarme eficientemente calibrado tanto em sua ativação como em sua regulação ou normalização. Em sua ativação, o alarme do medo somente dispara com um bom motivo, diante de um perigo real e não diante da eventualidade ou da lembrança de um perigo. Ele leva em consideração o contexto: se você estiver a três metros de distância de um tigre na floresta, você terá medo; se ele estiver numa jaula, esse medo é bem menor. E, sobretudo, sua intensidade é proporcional ao risco, permitindo agir de maneira adaptada à situação. Por exemplo, retroceder lentamente diante de uma serpente prestes a dar a picada, e não sair correndo. Certamente, pode haver erros e alarmes falsos – nesse caso, tem-se medo "por nada" –, pois a natureza entende que é melhor ter medo por engano do que tê-lo tarde demais. Mas esses falsos alarmes são ocasionais e controláveis.

Em sua regulação, o medo normal se desfaz rápida e facilmente quando o perigo passa, ou quando percebemos que não se tratava de algo tão ameaçador. É o caso do medo relacionado à surpresa: um barulho violento, pessoas que chegam silenciosamente atrás de nós etc. Esta rápida normalização do medo por reflexo facilita a adaptação: uma vez cumprido seu papel de alertar, o medo deve diminuir, senão se torna inútil e perigoso. Veremos que um medo desregulado é o que se costuma chamar de "ataque de pânico", que aniquila as capacidades de adaptação da pessoa e a deixa completamente paralisada. É equivalente a uma crise de asma numa pessoa alérgica. Já o medo normal pode ser modulado, focado neste ou naquele perigo. É possível regular nossa intensidade mais para cima ou para baixo de acordo com o contexto e as necessidades que temos: em meu computador mental, eu não inicio o *software* de medo para fazer minhas compras no quarteirão onde moro, mas o ativo se tiver que caminhar na selva ou num quarteirão violento de noite. Posso exercer um relativo controle sobre esta "programação" do medo.

Um bom exemplo de medo adaptado é a sensação que você experimenta se for fazer um circuito numa montanha, se passar por um local muito íngrime: olhando para o vazio que se abre ao seu lado, sabe que uma queda seria mortal, pela altura da montanha e as rochas cortantes que estão lá embaixo. Portanto, você sente *um pouco* de medo. Mas você também tem consciência de que, caminhando devagar e olhando onde põe os pés, você não tem motivo para cair. Assim, você pode controlar seu medo, mas é bom que o sinta, pois este medo o protege. Ele o dissuade de caminhar olhando a magnífica paisagem que está ao seu redor: nessa parte perigosa do passeio, ou você contempla a vista ou você caminha.

1.1.2 Quando o medo se torna patológico?

Um medo patológico corresponde a um alarme desregulado, tanto para ativar-se quanto para desativar-se.

A ativação é anormal: o medo dispara muitas vezes devido a sinais de perigo muito baixos. Com frequência, você é vítima de falsos alarmes, como um animal assustado, uma gazela bebendo água que dá um salto e foge ao menor barulho ou movimento das folhas. A ativação do medo é forte demais, sem flexibilidade, impetuoso: o medo não tem regulagem e se transforma muito rápido em pânico. Esta rigidez na ativação do medo, este funcionamento por estímulo e resposta é muito desgastante: "Eu fico como um animal assustado", dizia-me um paciente com fobia social e falando de suas saídas na rua ou nas lojas, "estou sempre com medo que falem comigo e eu comece a gritar, tremer ou transpirar de modo absurdo, por uma coisa banal".

Sua regulação é anormal: o alarme de medo não tem modulação. Pode virar muito depressa um pânico incontrolável. É por esse motivo que muitos pacientes sofrem do que se costuma chamar "medo do pânico": "Se eu começo a ficar com medo, logo acho que aquilo vai se transformar em pânico completo, vai me deixar fora de mim e me levar a fazer qualquer coisa, o contrário do que, na verdade, deveria fazer". O medo patológico leva muito tempo para voltar ao controle e à calma. Além disso, tem a tendência de começar novamente com muita facilidade: é o fenômeno do *retorno do medo*. Quanto mais uma pessoa tem medos violentos e frequentes, mais o medo volta com força e com facilidade. As pessoas fóbicas podem sofrer de uma verdadeira "autoestimulação" fóbica; por exemplo, quem tem fobia de ruborizar, pode ficar absurdamente vermelho, mesmo ao conversar com alguém por telefone, quando não pode ser visto, pelo simples fato de pensar na possibilidade de ficar ruborizado, mesmo que a conversa gire em torno da chuva ou do tempo bom... Outro exemplo são os ataques de pânico espontâneos ou

noturnos em pessoas que sofrem de agorafobia, estas crises de angústia que podem aparecer mesmo distante das situações angustiantes...

Retomemos o exemplo anterior de um passeio pela montanha, mas desta vez do ponto de vista de uma pessoa *acrófoba*, ou seja, que sofre de fobia diante do vazio e não de um medo qualquer. Quando passa por um caminho muito íngreme, assim que olha para baixo e se depara com o vazio, sente-se paralisada de pavor. Seu corpo se transforma num catálogo de sensações assustadoras e inquietantes: o coração acelerado, as pernas bambas, tremores, o estômago embrulhado, a cabeça girando... Em sua mente começam a passar visões de quedas horríveis: ela se vê caindo no vazio, seu corpo se esborrachando de encontro às rochas pontiagudas. Impossível fugir dessas imagens. Seu mal-estar é tamanho que a pessoa começa a desconfiar de si mesma: Será que ela não vai, num impulso suicida, atirar-se para baixo e pôr um fim a tudo isso? Então ela se firma no chão e é impossível dar um passo a mais. Quando se sente bem presa à parede, fecha os olhos para não ver mais as ribanceiras, os horizontes vertiginosos, assustadores, que não têm limites. Para terminar o passeio, terá que ir passo a passo, rodeada por seus companheiros, pacientes ou irritados, um na frente, outro atrás, e outro entre ela e o precipício para ocultá-lo de sua vista...

Tais medos patológicos, estes "medos ruins", como se chamavam antigamente, são o terreno da fobia: Mas onde fica a fronteira entre os medos patológicos e as patologias do medo?

1.2 Dos medos doentios às doenças do medo: as fobias

A nuança entre o medo normal e o medo fóbico não é perceptível em nossa língua, mas o era, por exemplo, na Grécia antiga. Os gregos dispunham de duas palavras para designar suas apreensões: *deos*, que designava um temor refletido, mentalizado e controlado; e *phobos*, que significava um medo intenso e irracional, acompanhado de fuga.

1.2.1 Qual é a diferença entre o medo e a fobia?

Imaginemos que você tenha uma adega em sua casa. Não lhe agrada a sensação de entrar nela, pois pode haver aranhas, mas a perspectiva de pegar uma boa garrafa de vinho para receber seus convidados lhe dá motivos para superar o medo de aranhas. Da mesma forma, você não começa a tremer de medo só de pensar em passar o fim de semana com os amigos no campo, com medo de encontrar alguma aranha na varanda. Além do mais, se você encontrar uma, a esmagará com o pé sem piedade. Por outro lado, se você tiver *fobia* de aranha, você recusará formalmente entrar naquele quarto cheio de coisas antigas para procurar as velhas fotos de família, até mesmo sob ameaça. A ideia de ir de férias a um país exótico, povoado de aranhas enormes, vai lhe atormentar a alma com vários meses de antecedência. E se você se encontrar cara a cara com uma aranha dessas, seu medo será tão grande que talvez nem consiga matá-la.

A fobia se caracteriza, portanto, por um certo número de sintomas:

- Um medo muito intenso, podendo chegar até ao ataque de pânico;
- Este medo, muitas vezes, é incontrolável;
- Ele provoca o evitamento ou a fuga do confronto com objetos ou com situações fobógenas, sempre que isso puder ocorrer;
- Se for necessário confrontar-se – pois nem sempre isso depende de nossa escolha – o sofrimento é extremo;
- O medo gera um *handicap***, ligado à ânsia antecipada dos confrontos ou da tentativa de evitá-los. As fobias não representam um risco de vida, mas podem destruir a qualidade de vida.

Existem, com certeza, formas intermediárias entre medos normais e medos fóbicos, medos não absolutamente normais, que, no entanto, não chegam a ser fobias. Esses medos "intermediários" dependem muito de pequenos detalhes do ambiente. Por exemplo, para os medos sociais, como o medo de falar em público, encontram-se todas as nuanças entre

os dois extremos: por um lado, as pessoas que nunca sentem medo, e de outro, aquelas claramente fóbicas, que não podem abrir a boca na frente de mais de duas pessoas. Para a maioria das pessoas, isso dependerá do tamanho do público (se são dez ou cem pessoas), do grau de atenção que dispensam, da familiaridade do público (se são conhecidos ou desconhecidos), de seu nível (se tem mais ou menos estudos do que o orador) etc.

Notemos ainda que o grau do *handicap* relacionado às fobias depende, em parte, do contexto no qual são produzidas. Assim, quem tem fobia de cobras, em nossa sociedade ocidental sofre menos do que antigamente, já que as serpentes estão praticamente eliminadas de nosso dia a dia. Mas aquele que sofre de claustrofobia, de medo de lugares fechados, é muito mais penalizado pela vida numa sociedade em que precisamos nos movimentar com tanta frequência e de diversas formas em transportes públicos, onde o espaço é muito limitado e onde se vive muito mais entre as paredes do que antigamente.

Enfim, a denominação de medo ou de fobia dependerá, ainda, do perigo daquilo que se teme: dificilmente se falará de fobia de tigres ou de tubarões, pois se considera que tais medos, mesmo que muito grandes, são legítimos. Na verdade, pode haver fobias assim, se, no caso, o medo for desencadeado por uma foto, uma notícia, ou a visão destes animais numa jaula ou num aquário. Fora isso, é muito mais fácil incluir o temor excessivo de gatos ou de sardinhas na família das fobias.

A diferença entre medos normais e fobias

Medos normais	Fobias
Emoção.	Doença.
Medo de intensidade limitada, geralmente controlável.	Medo podendo chegar ao pânico, geralmente incontrolável.
Estão associados a situações objetivamente perigosas.	Estão associados, muitas vezes, a situações não perigosas.

Evitamentos moderados e *handicap* leve.	Evitamentos graves e *handicap* significativo.
Pouca ansiedade antecipada: a existência não é organizada em função do medo.	Grande antecipação da ansiedade: a existência é organizada em torno do medo.
Os confrontos repetidos podem, pouco a pouco, fazer com que o medo perca a intensidade.	Geralmente, apesar da repetição do confronto com as situações, o medo não diminui.

1.2.2 Qual é a frequência dos medos e das fobias?

As estatísticas são muito claras: os medos e as fobias estão por toda parte. Quanto aos medos, já dissemos, todo mundo os têm. Os medos excessivos, muito frequentes nos adultos, ocorrem em *um a cada dois adultos*. Enfim, dentre as pessoas que admitem sofrer de um medo excessivo, observa-se em geral que quase metade delas, na verdade, são fóbicas. As fobias, portanto, ocorrem mais raramente do que os medos, mesmo os medos fortes; mas, apesar disso, elas constituem a patologia psicológica mais frequente, ao lado das doenças depressivas e do alcoolismo (que, inclusive, podem acompanhá-las). Quanto ao que pode nos causar medo, os objetos "fobógenos" são muito variados, mas veremos que eles não têm nada de aleatório: normalmente, nós temos medo daquilo que a natureza nos *ensinou* a temer. De alguma forma, isso representa ou representava ao longo de nossa evolução um perigo para nossa espécie.

A frequência dos medos chamados "simples" na população geral sobre uma amostra representativa de 8.098 pessoas adultas[1]

(Estes números correspondem ao risco de ocorrência durante a vida inteira.)

Natureza do medo	Pessoas que sofrem deste medo excessivo entre a população geral	Pessoas que sofrem deste medo em estágio fóbico na população geral
Vazio e altura	20,4%	5,3%
Voo de avião	13,2%	3,5%
Lugares fechados	11,9%	4,2%

(claustrofobia)		
Ficar sozinho/a	7,3%	3,1%
Tempestade, trovões e relâmpagos	8,7%	2,9%
Animais	22,2%	5,7%
Sangue, ferimentos, injeções	13,9%	4,5%
Água	9,4%	3,4%
Todos os tipos	49,5%	11,3%

Frequência das duas outras grandes famílias de medo[2]

	Medo excessivo	**Medos que invalidam**	**Fobias**
Medo do olhar e do julgamento dos outros.	Timidez: 60%. Nervosismo: 30%.	Ansiedade social que causa *handicap*: 10%.	Fobia social: 2 a 4%.
Medo de passar mal e perder o controle.	Ataques de pânico isolados: 30% na vida inteira.	Ataques de pânico repetidos: 2%.	1/3 a 2/3 dos que têm pânico se tornam agoráfobos.

1.2.3 As fobias: medos intensos e resistentes

As fobias não se caracterizam apenas pela presença de medos excessivos, mas são verdadeiras doenças do medo, com sua dinâmica própria. Uma vez manifestadas, elas tendem a se estabelecer e tornar-se crônicas e, mesmo no caso das mais severas, agravar-se e estender-se.

As crianças, que têm tantos medos "normais", aos poucos aprendem a superá-los. A vida se encarrega de curar seus medos, oferecendo-lhes ocasiões de confrontar-se com eles e aprender a dominá-los – mas também a preservar o seu lado bom, como a prudência, que é fruto da experiência. Nos adultos, também, os medos normais são sensíveis a estes mecanismos de autocura, que passam pela constante exposição,

pelo confronto repetido e livremente admitido (não é possível curar-se à força) com aquilo que causa medo.

Tomemos como exemplo uma queda de bicicleta no chão pedregoso. Podemos tirar uma boa lição disso, voltando a praticar com a bicicleta, mas sabendo que é necessário diminuir a velocidade nas curvas com chão pedregoso. As marcas que o medo deixa são uma informação útil, uma lembrança preciosa. Mas também podemos ficar com uma lição ruim e desenvolver uma fobia de andar de bicicleta. Teríamos, então, medo de sentar na bicicleta porque a lembrança da queda ficou armazenada na nossa memória, sob forma de uma informação não apenas neutra ("sei que é preciso andar devagar sobre o pedregulho") ou de pouca intensidade emocional ("isto me dá um pouco de medo"), mas sim marcada por uma forte emoção de medo ("não posso subir numa bicicleta, isto me apavora").

Esses processos de autocura dos medos – tirar boas lições e enfrentar de novo as situações – nos casos de fobia encontram obstáculos sob duas formas de comportamento:

- O evitamento e a fuga, que consistem em não encarar o risco de um confronto. Por exemplo: "Se eu chegasse perto deste pombo, ele poderia assustar-se e sair voando para o meu lado ao tentar fugir", ou então: "Felizmente não fiz perguntas no fim da reunião, pois com certeza iria passar vergonha". Os evitamentos nos permitem não sentir o medo de forma muito violenta, mas mantêm intacta em nós a convicção de que, com certeza, lá havia um perigo, e ele nos teria atingido se tivéssemos enfrentado a situação;
- Os acessos de bravura isolados, que consistem em se obrigar, num lance de euforia ou de raiva, a enfrentar os próprios medos, e que, mais provavelmente, podem juntar mais lenha na fogueira, pois os medos se apoiam na dor causada ("foi um inferno, eu nunca teria escapado daquilo") e na convicção retrospectiva de que foi nada mais

do que muita sorte o fato de tudo ter corrido bem ("mas, na próxima vez, com certeza, não teria tanta sorte...").

1.2.4 A fobia não consiste apenas em medo e fuga, mas é também o desgaste emocional decorrente do confronto com o medo

Geralmente as pessoas fóbicas precisam evitar aquilo que as afeta sob as formas de medo e de sua influência. Mas nem sempre. Sabe-se que os comportamentos de fuga dependem também de variáveis da personalidade: existem pessoas fóbicas que tendem a evitar, enquanto outras tendem a confrontar-se.

Por exemplo, você pode ter fobia de avião, mas mesmo assim tentar obrigar-se a viajar de avião, porque você decidiu assim ou é levado a isso. Tais confrontos serão desgastantes e maléficos: longe de acalmar-se, seu medo poderá persistir e até aumentar cada vez que você voa.

Isso porque, na realidade, a solução não está simplesmente em impor-se o confronto, mas também no êxito emocional de tais confrontos: se, aos poucos, eu for sentindo menos medo, significa que meu cérebro emocional "compreendeu" que não havia perigo nenhum. Então basta continuar no processo de superação desse medo excessivo. Se, pelo contrário, quanto mais eu me confrontar, mais medo sentir, significa que meu cérebro emocional ainda acredita que o perigo continua lá, embora minha inteligência e meu raciocínio lógico lhe repitam e repitam que não há nenhum perigo.

Veremos como o cérebro emocional somente muda na prática e, portanto, como o fato de evitar e refletir não causam nenhuma mudança em meus medos. Veremos ainda como também é preciso "domesticá-lo" como a um animal, com doçura e regularidade... e não com pressa e violência.

1.3 Os grandes medos e as fobias: uma forma alérgica de medo?

Muitas vezes explico aos meus pacientes que seus medos muito fortes são como alergias. A imunidade é um dos inúmeros mecanismos naturais de proteção de nosso organismo: nossas defesas imunológicas nos permitem detectar as "ameaças biológicas", sejam elas externas (micróbios, vírus) ou internas (células anômalas), que poderiam representar uma ameaça ao nosso organismo. Esta imunidade pode ser inata, ou "de primeira linha": todos os seres humanos a possuem desde o nascimento. E podem, também, provir de um aprendizado depois de um primeiro contato: é o que se denomina "imunidade adquirida".

Veremos que o mesmo acontece com nossos medos. Alguns deles são inatos, próprios de nossa espécie, e cada espécie possui seus medos inatos: os seres humanos, por exemplo, têm medo das serpentes, e os ratos têm medo dos gatos. Outros medos, aprendemos pela experiência de vida: quando levamos uma mordida de cachorro, ou escapamos por pouco de um afogamento...

Assim, nossos medos normais podem ser comparados a um sistema imunológico de detecção de perigos. Já quanto a nossas fobias, essas se parecem mais com alergias, com aquilo que chamamos "respostas anafiláticas"***: nesse caso, as labaredas do medo são tão explosivas e desproporcionais quanto uma manifestação repentina de alergia ou uma crise asmática.

Assim como existe uma "memória imunológica", existe também uma memória do medo. Para a imunidade, as coisas acontecem da seguinte forma: a cada nova exposição ao anticorpo, a resposta imunológica será mais rápida e mais intensa. Com relação ao medo patológico, observa-se que a reação de medo das pessoas que sofrem de fobia torna-se mais grave a cada novo contato:

> Depois de certo tempo, meus medos se tornavam cada vez mais intensos. Enquanto no começo eu tinha medo apenas de dirigir em rodovias, estando sozinha, aos poucos comecei a ter medo de passar mal no volante até em pequenos trajetos dentro da cidade, ou no meu quarteirão. Tive que parar de dirigir e passei a sentir-me

definitivamente incapaz de assumir o volante algum dia novamente... (Catarina, que sofre de uma fobia de dirigir automóveis).

Continuando nossa comparação, tomemos como exemplo uma doença conhecida, a asma. A asma consiste num espasmo dos brônquios e deve-se, em parte, a uma alergia[3]. Ela pode assumir diferentes aspectos e diferentes graus:

- Asma episódica, com crises espaçadas entre as quais o estado é normal;
- Asma aguda, com ocorrência de crises muito intensas e muito prolongadas, chegando, às vezes, a representar um perigo para a vida;
- Asma crônica, com sintomas permanentes, na qual ocorrem, além das crises agudas, uma inflamação crônica dos brônquios.

Veremos que os grandes medos e as fobias podem ser parecidas com este tipo de quadro.

Algumas das fobias, chamadas específicas ou "simples", como o medo de animais ou de altura, só se manifestam através de medos intensos, mas ocasionais. Sua gravidade depende, na verdade, sobretudo da frequência, no ambiente, do objeto da fobia em questão. Como, para um ocidental, causa menos problemas ser alérgico ao pólen dos baobás do que ao dos eucaliptos, também fica bem mais fácil, no Ocidente, conviver com uma fobia a serpentes do que com a de viajar de avião ou de metrô.

Outras fobias se caracterizam pela ocorrência repetida de crises medrosas muito agudas, chamadas "ataques de pânico". Alguns desses ataques podem ser antecipados, sabe-se de antemão quais situações podem provocá-los. Outros, porém, podem desencadear-se de maneira tão imprevisível – e violenta, em seu desdobramento – quanto as crises asmáticas. É importante deixar claro que, diferentemente do ataque de asma, não existe risco nenhum de morrer durante um ataque de pânico, mesmo que se tenha a impressão de morte iminente durante as crises.

Finalmente, as fobias chamadas "complexas", como a fobia social ou a agorafobia, caracterizam-se por outros sintomas que sobrevêm além das crises de medo, piorando sua evolução ainda mais, da mesma forma que a inflamação dos brônquios se adiciona às crises de broncospasmo na asma crônica. Estes sintomas podem ser uma ansiedade crônica, por exemplo, entre pessoas que sofrem de pânico e que vivem na obsessão de novas crises; ou ataques à autoestima, como entre as vítimas de fobia social, que estão constantemente se desvalorizando.

Ou seja, a mensagem que desejo transmitir a meus pacientes, quando evoco esta comparação, é a de que eles não são mais responsáveis por sua fobia do que o é um asmático por sua asma. Pois ninguém decide ter fobias: eles são vítimas dessa doença, e gostariam de livrar-se dela. Muito diferente das ideias que se tem, que ainda circulam pelo mundo da psicologia, ou no público geral, não existe nenhuma complacência dos fóbicos para com seu problema, nem há qualquer prazer no fato de serem fóbicos.

No começo da doença é tão difícil controlar um ataque de pânico quanto uma crise asmática. Todavia, isto não quer dizer que seja impossível qualquer controle, ou que seja impossível curar-se. Simplesmente, os fóbicos, como os alérgicos, esbarram numa dimensão biológica de sua doença que, hoje, estamos apenas começando a compreender melhor e que todo tratamento futuro deverá levar em consideração.

1.4 Como ter domínio sobre seus medos?

Se eu estivesse caminhando por uma floresta e percebesse no chão, bem na hora de pisar com o pé, uma forma semelhante a uma serpente, imediatamente daria um salto para o lado. Talvez não passasse de um inofensivo galho seco. Mas se fosse uma serpente, sem este salto, eu teria sido picado. Meu medo me protegeu, às custas de um forte alarme. Tal alarme, contudo, não foi desproporcional: eu não saí correndo pelo

mato, fugindo desesperado. Este é um progresso em relação a algumas espécies de animais menos sofisticadas e a nossos ancestrais distantes.

Sabemos hoje que a sede de nossas reações emocionais de medo fica nas partes mais primitivas de nosso cérebro, o cérebro límbico ou "cérebro emocional"[4]. Decorre daí uma certa rusticidade, sendo a nossa primeira reação de medo um movimento que privilegia a velocidade e não a precisão da percepção. Também é por isso que, como todas as emoções, o medo pode escapar à nossa vontade, ao menos quanto ao seu aparecimento: não conseguimos impedir o aparecimento de nossas reações de medo. Mas podemos regulá-las.

Devido à evolução, nós herdamos um cérebro mais complexo do que o simples cérebro límbico. Este novo cérebro recobre o precedente, por isso é chamado *neocórtex*, literalmente, "nova camada", "novo envelope". Graças a ele, nós somos capazes de decodificar e regular nossas emoções. É uma das explicações para o relativo "sucesso" do ser humano em relação às demais espécies. Nosso comportamento não obedece somente a determinismos simples do tipo "estímulo – resposta", o que faria com que, diante do mínimo susto, nós fugíssemos ou ficássemos automaticamente imobilizados. Em teoria, podemos modular nossas reações; por exemplo, ter um primeiro reflexo de medo e dar um pulo imediato, e em seguida reconsiderar e ver que não havia nenhum perigo, analisar o que aconteceu e o que nos causou o medo.

A natureza, porém, agiu de forma a acrescentar novos estratos, colocando por cima nosso "novo cérebro" e deixando o cérebro emocional arcaico em seu lugar. Veremos que havia "casos" em que ocorriam retrocessos em nossos modos de vida.

As capacidades reguladoras do medo residem, portanto, nas partes mais recentes de nosso cérebro: o córtex cerebral e nossas reações de medo, na realidade, resultam dos intercâmbios entre os dois cérebros e derivam da síntese entre a emoção de medo e sua regulação. Ter medo é

bom para a sobrevivência. Saber modular o medo faz bem para a qualidade e a inteligência de vida.

Previsão, simbolismo, memorização, imaginação: todas essas capacidades que nós possuímos – também elas, herdadas das fases mais recentes de nossa evolução – nos permitem aprimorar e tornar mais flexíveis nossas reações de medo. E a definição mais exata do medo é que ele é a *consciência* de um perigo: posso não sentir medo mesmo passando ao lado de um grande perigo, ou ainda, ter medo quando o único perigo está na minha imaginação e não na realidade.

Eis aí o nosso problema: o aumento da complexidade de nosso cérebro, que deveria, em princípio, melhorar o controle sobre nossos medos, desencadeia também um risco em decorrência das disfunções. Minha imaginação pode aprender a ter medo de fantasmas, minha capacidade de previsão das coisas pode me fazer sentir medo bem antes que ele seja útil, ou diante de acontecimentos que nunca ocorrerão. É por isso que o medo pode se manifestar de tantas maneiras...

1.5 As diferentes faces do medo

Como todas as emoções fundamentais, o medo provoca o surgimento de diversas outras emoções: ansiedade, angústia, susto, pânico... Os teóricos consideram que tais fenômenos psicológicos pertencem à família do medo e que devem ser compreendidos em relação a ele.

Assim, a *ansiedade* é um medo antecipado. Ela é a vivência associada à expectativa, ao pressentimento ou à proximidade do perigo. A *angústia* é uma ansiedade com vários sinais físicos. Ambos são medos "sem objeto": o perigo ainda não está presente, mas já se sente o medo.

O *pânico*, o *terror*, o *susto*, são medos cuja característica é a extrema intensidade que os acompanha. Mas, paradoxalmente, também esses medos podem advir na ausência de qualquer perigo, simplesmente pela sua lembrança ou pela previsão de que alguma coisa aconteça. Tais

medos caracterizam-se pela ausência de qualquer forma de controle sobre eles.

Em suma, sob o termo "medo" podem ser elencados uma multidão de fenômenos psicológicos. Mas é necessário levar as nuanças ao extremo? Não acredito que seja, como se vê neste pequeno diálogo imaginário:

– Tenho medo da morte!

– Não, você não tem medo, o que você tem é ansiedade, porque seu medo é sem objeto: você não está morrendo, você continua vivo.

– Ok, de acordo, eu não tenho medo, sinto angústias...

– Me desculpe, não são angústias, mas ansiedade, pois você não tem manifestações físicas claras relacionadas a essas inquietações.

– Olha, o que eu sei é que estou com medo...

O medo, assim, é o alfa e o ômega de todas as nossas inquietações. Eis por que nesta obra eu utilizarei a palavra "medo" para descrever fenômenos variados: medos normais e medos excessivos, medos controlados e medos transtornados, medos antecipados e medos retrospectivos, lembranças de medo e cicatrizes psicológicas de grandes medos...

---

* Do grego *agorá* (grande praça pública na Grécia antiga) + *fobos* (medo ou aversão instintiva), o termo designa fobia de espaços abertos e de lugares públicos [N.T.].

** *Handicap*: termo inglês que significa desvantagem, deficiência, algo que torna difícil a realização de determinada ação [N.T.].

1. CURTIS, G.C. et al. Specific fears and phobias. *Psychological Medicine*, 173, p. 212-217, 1998.

2. KESSLER, R.C. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results form the National Comorbidity Survey? *Archives of General Psychiatry*, 51, p. 8-19, 1994. • STEIN, D.J. (org.). Clinical manual of anxiety disorders. *Arlington, American Psychiatric Publishing*, 2004.

*** A anafilaxia é uma reação violenta do organismo relacionada à hipersensibilidade a determinada substância [N.T.].

3. CROMPTON, G.K. et al. Maladies du système respiratoire. In: HASLET, C. et al. *Médecine interne, principes et pratique*. Paris: Maloine, 2000, p. 326-335.

4. McLEAN, P.D.; GUYOT, R. *Les trois cerveaux de l'homme*. Paris: Laffont, 1990.

2
De onde vêm os medos e as fobias?

Ancestrais distantes legaram seus medos à nossa espécie. Como acontece com toda herança, os medos são ao mesmo tempo uma coisa boa, servindo para nossa sobrevivência, e um peso, afetando nossa qualidade de vida.

Desde o dia em que nascemos, estamos "amarrados ao medo". Mas o que faz com que os medos se tornem excessivos acontece depois: com os traumas, a educação, a cultura. Cada medo tem sua história, relativamente conhecida, ou que permanece, muitas vezes, misteriosa.

Ao longo dessa história, algumas pessoas se tornaram mais vulneráveis ao medo: as mulheres, por exemplo. Duas vezes mais do que os homens. Não lhes resta outra coisa que serem também duas vezes mais capacitadas do que eles para controlar esses medos.

> *Pelo digno capuz que eu visto... você ficou com medo sem causa e sem razão.*
> RABELAIS, F. *Le quart livre*.

Bernardo desde muito tempo ficava ruborizado, e isto atrapalhava de verdade sua vida.

Diretor de empresa numa cidade do interior, ele decidiu viajar a Paris, pois soube que o serviço que prestamos em Sainte-Annese tinha se especializado no tratamento da fobia social. Mas também porque lhe interessava o anonimato. Ele não queria ser tratado pelos terapeutas de sua cidade, pois tinha vergonha de seus sintomas.

Na verdade, ele chegava a escondê-los bastante eficazmente; por exemplo, refugiando-se por trás de uma atitude altiva e distante, que fazia com que as pessoas preferissem não aproximar-se dele. Ele falava alto e prendia o olhar de seu interlocutor intensamente, tentando forçá-

lo a baixar os olhos, como se desejasse deixar o outro com vergonha antes que sua própria vergonha aparecesse.

Bernardo sofria severamente de fobia social. Ele era ereutofóbico, isto é, tinha um pavor obsessivo de enrubescer na frente dos outros.

Logo informou-me que tinha passado dez anos fazendo psicanálise. Tinha se empenhado muito, disse-me, para descobrir a origem de suas fobias, mas isto não o havia ajudado a livrar-se delas. Pedi-lhe que me contasse o que tinha descoberto nessa busca. Um tio seu fora um grande diplomata, ministro do governo de Vichy, que havia colaborado com os alemães. Ele fora fuzilado na Libertação, mas toda a família ficou sob a suspeita de conluio com ele, e teve sua reputação arruinada no período pós-guerra, obrigando-a a mudar-se para outra cidade. "É esta vergonha familiar que eu pago. Esse enrubescimento é o temor de ser desmascarado, é a vergonha desse passado". O problema é que tais explicações psicogenealógicas, por lógicas que fossem, não o tinham ajudado em nada a superar esse medo obsessivo de enrubescer. Nos últimos anos, Bernardo sofrera duas depressões episódicas bastante sérias, e começou a beber cada vez mais, na volta do trabalho, como dizia "para acalmar-me dos estresses sociais do dia".

Tudo isto exigia, realmente, um tratamento, de modo que o inscrevi na lista de espera para a nossa próxima sessão de terapia de grupo. Preferimos tratar nossos pacientes fóbicos em grupo, por uma série de razões. Antes de tudo, isto possibilita que façamos exercícios diante do público formado pelos pacientes do grupo e pelos estudantes estagiários, já que muitos medos da fobia social estão relacionados ao fato de afrontar o olhar e o julgamento de um grupo. Também é uma ocasião de apoio e ajuda mútua entre os pacientes, que se sentem menos sozinhos em seus casos. Isto facilita, por fim, a tomada de consciência com relação a algumas de suas crenças.

Quando soube que duas outras pessoas do grupo também sofriam do medo obsessivo de ficar vermelho, Bernardo não via a hora de começar as sessões. Ele nunca falara de seu problema a ninguém e pensava que era o único homem de sua idade com um medo tão grande de enrubescer.

Finalmente chegou o grande dia. De acordo com as regras do nosso grupo, cada paciente foi se apresentando aos demais. Intencionalmente, deixei Bernardo por último. Eu tinha receio de que sua voz forte e sua aparente segurança causassem uma impressão prejudicial aos outros participantes. Mas eu também esperava que acontecesse uma determinada coisa... Enquanto os outros dois sofredores do mesmo problema contavam sua história, fiquei observando Bernardo com o canto dos olhos. Ele não ficou vermelho, mas pálido. Na verdade, os pacientes contavam exatamente sua história. Não sua história pessoal, um tio colaborador dos nazistas e a vergonha de sua família, mas a mesma história de rubores incontroláveis, imprevistos, desproporcionais ou incompreensíveis, a mesma história de vergonha e das tentativas de dissimulação e fugas, de evitamentos, de medos absurdos... Estava tudo aí. Quando chegou sua vez, Bernardo se levantou e, com uma voz branda, bastante emocionado, contou por sua vez o seu problema. Ele não tentou impressionar nem fingir. Falou de si e de seus medos com simplicidade e franqueza. Depois, concluiu com estas palavras: "Até o momento em que ouvi vocês, eu achava que era o único que sentia isso, devido à história de minha família. Mas percebi que havia outra coisa..."

Depois da sessão de grupo, Bernardo convidou os outros pacientes a beber alguma coisa e conversou longamente com eles. Nenhum dos dois experimentava uma vergonha familiar como a sua... Mas, por outro lado, as três histórias eram muito parecidas: a mesma aparição do sintoma do rubor na adolescência, os mesmos evitamentos, as mesmas renúncias, o mesmo distanciamento progressivo, os mesmos sofrimentos, o mesmo

desgaste... Enfim, o mesmo medo absurdo de ruborizar diante de quem quer que seja, por qualquer motivo. A constante desconfiança: Será que as pessoas notaram? Fulano de tal não irá comentar a respeito disso? A trajetória deles era quase a mesma.

Acima de tudo, eles tinham cometido os mesmos "erros de direcionamento": reprimir suas emoções, ter vergonha, esconder-se, não se revelarem por medo do julgamento, enxergar os outros sempre como potenciais agressores, inclusive agredi-los preventivamente para mantê-los a distância... Esses erros haviam transformado sua emotividade constrangedora em doença paralisadora, algo, com certeza, bem mais cruel e implacável do que qualquer herança familiar maldita, como a de Bernardo.

Naturalmente, as histórias familiares de Bernardo exerciam um papel sobre sua personalidade e sua vida. Mas muito pouco em sua fobia, exceto como um fator agravante entre outros. A maioria dos que ruborizam não tem ancestrais colaboradores dos nazistas. E a maioria dos descendentes de colaboradores dos nazistas não tem fobias sociais.

2.1 Por que eu tenho tanto medo?

A busca das causas, na psicologia, durante muito tempo se parecia com a busca do Graal. Tinha a convicção: "Enquanto você não descobrir a origem de seus medos, não se livrará deles". E durante muito tempo os psicoterapeutas tinham como principal objetivo "ir ao fundo", cavar, o mais profundamente possível, em busca das causas ocultas, enterradas, reprimidas no inconsciente. Algumas vezes isso funcionava, mas geralmente não era suficiente. Pior: depois de anos desse regime, alguns pacientes, como resultado de tanto terem "ido ao fundo", ficaram totalmente enterrados em sua cova psicoterapêutica...[5] Saber a razão da própria fobia sempre é muito interessante, e algumas vezes importante para mudar. Mas nem sempre, principalmente quando só se percorre esse caminho. A busca obstinada das causas não deve substituir o esforço

diário para controlar sintomas independentes de suas origens distantes, que se tornaram "sintomas superficiais"[6], "fantasmas da antiga neurose"[7].

Pois existem duas grandes questões a propósito de medos e fobias.

A primeira é a colocada – frequentemente – por pessoas que padecem pouco ou nada de medos e fobias: De onde vêm esses medos excessivos? Da infância? Do inconsciente? Abordaremos as hipóteses ligadas ao simbolismo inconsciente das fobias no capítulo sobre os tratamentos, e veremos que tais hipóteses, embora muito sedutoras, já se constatou terem uma eficácia terapêutica limitada.

A segunda questão é a colocada – sempre – pelas pessoas que padecem de medos e fobias: Como posso superar isso? Como posso viver sem esses medos constantes, que me tiram a autonomia, a liberdade, que chegam a roubar-me a dignidade?

Se alguém tem uma esclerose nas placas, cuida disso. Não passa a maior parte do seu tempo se perguntando por que sofre dessa doença. Esta pesquisa das causas é o trabalho dos pesquisadores, dos epidemiologistas. É um trabalho muito importante, mas que não deve substituir o tratamento do problema. Ora, na psicologia, durante muito tempo, os pacientes foram levados a crer que compreender de onde vinham os sintomas bastaria para fazer com que desaparecessem. Isto revelou-se duplamente falso: em geral, não é suficiente e, às vezes, o objetivo de "fazer desaparecerem os sintomas através de uma terapia verdadeiramente profunda" é simplesmente irrealista.

2.2 De onde vêm as fobias e os medos excessivos?

"A causa? Sempre as causas..." teria dito, um dia, o psicanalista Jacques Lacan. Desta vez, seus propósitos eram claros e firmes: durante muito tempo houve tantas hipóteses sobre as origens das fobias... Seria mais prudente se preocupar menos com elas e cuidar do paciente.

2.2.1 As visões tradicionais sobre os grandes medos

Conhecidos e descritos desde sempre pelos médicos e escritores, aos medos excessivos foram atribuídas causas variadas ao longo dos anos. Há muito tempo foram interpretados como manifestações sobrenaturais – possessões demoníacas, provações dirigidas por alguma divindade – ou inexplicáveis. Assim, em *O mercador de Veneza*, Shakespeare põe na boca de Shylock:

> Há muita gente que não suporta ouvir grunhir um porco; outros, ao verem um gato, ficam loucos; e outros, ainda, que ao fanhoso canto da cornamusa a urina não retêm. É que a impressão, senhora dos instintos, vos faz odiar ou amar, como apetece.

A partir do século XIX os psiquiatras encontraram, para as fobias, explicações médicas: excitação neurológica, degenerescência constitucional; ou mesmo morais: fraqueza de caráter, excesso de masturbação. Depois, com as teses de Freud, no início do século XX, as fobias se tornaram, para os psicanalistas, sintomas visíveis de um conflito inconsciente, e o resultado de mecanismos de defesa destinados a proteger o ego. Para os analistas, a neurose fóbica, ou "histeria de angústia", se explicaria pela existência de um conflito de natureza sexual[8]. Para evitar enfrentá-lo, o fóbico tentaria reprimir este conflito no inconsciente: através desse primeiro mecanismo de defesa, a *repressão*, ele diferencia o afeto (angústia) de sua representação (o conflito). Em seguida, ele recorreria a dois outros mecanismos de defesa, a *transferência* e a *projeção*, que consistem em transferir a angústia para outro objeto, exterior ao sujeito. Um conflito interno onipresente é transformado, assim, num medo externo, mais fácil de evitar. A fobia, portanto, não seria senão um sintoma, e suprimi-la não levaria a nada, já que o conflito primordial não foi resolvido.

O problema é que nenhuma dessas abordagens, a moral e a psicanalítica, desembocam num tratamento realmente eficaz.

Eis, por exemplo, o que propunha o Dr. Gélineau, neuropsiquiatra parisiense do fim do século XIX[9]:

> Trata-se de um tratamento complementar muito poderoso que não devemos negligenciar, pois estamos diante de uma neurose psicopática; é o tratamento moral. Habituemos nossos pacientes fóbicos a ficar longe das circunstâncias que parecem estimular os acessos, mostremo-lhes que seus temores são insignificantes (com que, aliás, eles concordam), ajudemo-los a se recomporem, demonstrando partilhar de suas impressões e seus perigos; mostremo-lhes que, com uma firme vontade, eles vencerão suas fraquezas; antes de sugestioná-los através da hipnose, vamos sugestioná-los em estado de vigília, fazendo com que recuperem o bom conceito que antes tinham de si mesmos; no dia em que tiverem confiança e energia, seu mal se dissipará como fumaça, com a ajuda da medicação.

Percebe-se que Gélineau, que, aliás, descreve muito bem os sintomas e diversos mecanismos da fobia, insiste nos esforços da vontade. E apresenta implicitamente um julgamento sobre a fobia como fraqueza e falta de força de vontade.

Quanto à análise, ele logo verificou que ela estava comprometida diante dos pacientes fóbicos:

> Por todas as razões que lhes indicamos, o tratamento das fobias não é coisa fácil, pois mais uma vez não é o conflito interno que se manifesta na fobia, mas a desestruturação das bases narcísicas da organização do eu, que leva o sujeito a adotar um funcionamento primitivo através do qual ele pôde se liberar de sua obstinação impulsiva e construir um sentimento de coesão e de unidade que tem sido negligenciado pela história. Todos os analistas falarão da dificuldade que o paciente tem de superar uma fobia que o acomete...[10]

Portanto, foi necessário ir em busca de novas explicações.

2.2.2 As explicações atuais para os grandes medos

Foram alcançados progressos importantes nos últimos anos. Nossa compreensão atual das fobias é menos poética ou pitoresca do que outrora, porém mais pragmática e científica. E, sobretudo, ela leva a perspectivas de tratamento eficazes.

Considera-se que os medos patológicos e as fobias são resultado de uma dupla influência, com predisposições biológicas, essencialmente inatas (herança familiar individual, mas também herança coletiva, da espécie) por um lado e, por outro, de influências ambientais e, portanto,

adquiridas (a história pessoal). O peso respectivo destes dois polos de influência varia de acordo com as fobias. Algumas, como a fobia de água, de altura ou de animais, parecem muito ligadas a fatores genéticos. Em outras, como as fobias de direção, após um acidente, os fatores ambientais têm maior peso.

Porém, mais frequentemente, os grandes medos se explicam pela epigênese, ou seja, a interação entre genes e ambiente. A influência genética, real, não é um determinismo inflexível, no qual determinado gene implicaria determinado comportamento[11]. Antes de tudo, porque não há um único gene capaz de transmitir uma vulnerabilidade ao medo, mas diversos (mecanismo poligênico). Em seguida, porque sua influência pode variar, ou seja, podem se manifestar mais ou menos no comportamento da pessoa. Enfim, é possível que o que é geneticamente transmitido seja apenas uma tendência geral a uma "afetividade negativa"; isto é, o conjunto de predisposições para sentir emoções patológicas como o medo ou a tristeza[12]. Para concluir, e é o mais importante, estas tendências irão ou não se revelar em função do ambiente: a genética, geralmente, não faz mais que predisposições, promessas, que os acontecimentos casuais ou as necessidades da existência podem vir a realizar ou não.

Tomemos o exemplo da diabete: a mesma vulnerabilidade se manifestará de diferentes maneiras, conforme você tiver nascido numa família de esquimós que vivem à moda antiga, com um programa de esporte cotidiano e alimentação rica em peixe e pobre de açúcares rápidos, ou numa família de americanos de classe desfavorecida, que passa seis horas por dia diante da televisão e se ocupa consumindo *junk-food** sem parar, ou, dito de outra forma, alimentos e bebidas muito açucarados e muito calóricos[13]. No primeiro caso, não se concretizará o seu risco genético. No outro, sim.

O mesmo acontece, sem dúvida, com os medos. Uma criança hiperemotiva pode ter diferentes trajetórias de vida: seu ambiente poderá exercer um papel agravante – através de experiências angustiantes precoces, ou de erros educacionais – ou reparadores e preparadores – através de experiências vitais de segurança, sem ser superprotetoras, e uma educação para enfrentar os medos e apaziguar suas respostas emocionais.

Atenção, não é apenas a genética que influencia nosso aparelho cerebral e nossas tendências biológicas para a ansiedade: os acontecimentos de vida precoces também. Isso foi demonstrado nos animais: os filhotes de rato privados da mãe, ou criados em ambientes artificiais, têm mais manifestações de medo e ansiedade quando adultos. Acredita-se que os estresses *in utero*, ou seja, o impacto dos problemas emocionais da mãe sobre o feto, tenham o mesmo efeito nos humanos[14]. Nossas experiências de vida sempre deixam marcas em nosso cérebro. Mas esta "neuroplasticidade" não é unilateral. Veremos que os esforços despendidos numa terapia eficaz podem modificar, por sua vez, a dimensão biológica das fobias.

2.3 Os medos da infância

Como todos os humanos, você deve ter sentido medo do escuro, do lobo, de monstros escondidos embaixo da sua cama, de desconhecidos, medo de se afastar de sua mãe, medo de pular de um trampolim etc. Os medos infantis são inúmeros, como sabemos. É normal, pois a criança é frágil, e quanto mais um ser vivo é frágil, mais o medo lhe é útil: ele representa, assim, uma proteção instintiva, preciosa e indispensável em relação aos eventuais perigos.

A um dado momento de seu desenvolvimento, toda criança manifesta medos excessivos, que aos poucos irão desaparecer ou ser controlados, sob efeito da educação e da vida em sociedade. Tais medos não existem por acaso. Por exemplo, o medo de altura e de estranhos só aparece

quando ocorre a locomoção[15]: colocados numa superfície de vidro pendendo sobre o vazio, crianças de menos de 8 meses não manifestam ainda sinais de apreensão. Só mais tarde eles surgirão. Com efeito, os medos só aparecem quando a criança começa a ter necessidade deles, para fazer com que evite correr muitos riscos. A educação dos pais, em seguida, irá permitir-lhe superar o caráter absoluto desses temores e poder assim modular sua reação ao medo. O medo de altura ou do vazio só é ativado diante de um vazio significativo, ou na ausência de uma grade de proteção, ou se estamos sobre um apoio instável. O medo dos adultos desconhecidos não aparece nas crianças senão na ausência de toda outra presença familiar etc.

Com relação à utilidade dessas apreensões, um interessante estudo mostrou que as crianças que tinham pouco medo de altura estavam mais sujeitas a ferimentos do que as outras[16]. Em contrapartida, um baixo nível geral de medos na infância parece estar associado a um melhor desempenho nos esportes, na adolescência e na idade adulta[17].

Com o tempo, a maioria dos medos da infância desaparece. Alguns permanecem como medos excessivos e outros evoluem para casos de fobia. É por isso que a tendência atual é de não considerar sistematicamente todos os medos da criança como normais, benignos e destinados a desaparecerem com a idade. Na verdade, cerca de 23% delas dissimulam, de fato, uma ansiedade que seria muito melhor tratar desde cedo[18]. Talvez porque, contrariamente ao que se pensa, os pais subestimam muitas vezes os medos de seus filhos, tanto os diurnos[19]quanto os noturnos, como por exemplo os que se manifestam em forma de pesadelos[20].

Lembremo-nos que, de modo geral, a idade da aparição de um medo fóbico é considerada um indício da importância respectiva dos fatores inatos ou adquiridos: na ausência de um traumatismo fundador manifesto, quanto mais a aparição é precoce, mais o fator inato pesa e

vice-versa. Assim, as primeiras manifestações de medos excessivos de sangue ou de tirar sangue acontecem em média entre 8 e 14 anos. Considera-se que estas fobias têm um importante fator genético. Por outro lado, as fobias de direção aparecem em geral entre 26 e 32 anos, e são consideradas frequentemente como resultado de acontecimentos da vida, por exemplo, uma implicação num acidente, em que a pessoa é vítima, responsável ou testemunha[21].

2.4 Os medos pertencem ao patrimônio da humanidade!

O grande especialista dos medos e das fobias, o psiquiatra inglês Isaac Marks, contava a história de uma de suas pacientes que olhava fotos de serpentes durante uma viagem de carro (uma ideia engraçada, mas...), quando aconteceu um acidente. De que você acha que a paciente desenvolveu uma fobia? De carros? Que nada, de serpentes...[22] Parece que, quando podemos, de certo modo, "escolher" entre desenvolver uma fobia de um objeto ou de outro, é sempre sobre o medo mais "natural" e ancestral que se fixará nossa fobia: a força do inconsciente coletivo...

2.4.1 Medos que já nos salvaram...

Com relação à espécie humana, os psicólogos evolucionistas criaram a hipótese de uma influência da seleção natural sobre a existência e a persistência de nossos medos e fobias: a maior parte dos estímulos fóbicos tem a ver, de fato, com objetos ou situações que representavam sem dúvida um eventual perigo para nossos ancestrais longínquos, como os animais, o escuro, os precipícios, a água...

Em nosso ambiente tecnológico contemporâneo, em que a natureza está, em grande medida, controlada, os animais perigosos enjaulados, os precipícios protegidos por barreiras, essas situações não parecem nem um pouco perigosas como eram outrora. Mas provavelmente nós carregamos, de alguma forma, a memória desses perigos numa espécie de inconsciente biológico coletivo.

Os medos maiores pertenceriam, assim, ao "*pool* genético" de nossa espécie, que graças a eles teve sua sobrevivência facilitada, sendo levada a evitar situações perigosas, ao menos em determinadas épocas[23]. A essas fobias chamamos de "preparadas" (pela evolução), "pré-tecnológicas", ou "filogenéticas" (relativas ao desenvolvimento da espécie).

Estas fobias naturais seriam bastante fáceis de desenvolver na maioria das pessoas, e seriam mais resistentes ao desaparecimento uma vez desenvolvidas. Por outro lado, fobias como as de avião, de direção, de armas são chamadas "não preparadas", "tecnológicas", ou "ontogenéticas" (relativas ao desenvolvimento do indivíduo). Estas precisariam ser adquiridas por meio da aprendizagem, sobretudo, a partir de experiências traumáticas, e seriam mais precárias do que aquelas.

2.4.2 As fobias como herança da espécie: das hipóteses às demonstrações

É bastante difícil produzir provas experimentais da teoria evolucionista dos grandes medos, mas diversos trabalhos realizados sobre o ser humano e com animais parecem confirmar sua pertinência.

Quanto menos uma espécie evoluiu, mais seus medos serão inatos e automáticos. Filhotes de pato que acabaram de sair do ovo se imobilizam quando lhes sobrevoa a figura de uma ave de rapina. Esse reflexo de imobilização diante do medo, ademais, está presente em todas as espécies, mesmo a nossa, e por uma razão muito simples: a visão da maioria dos predadores é mais sensível ao movimento. É isto que permite aos matadores hipnotizarem os touros nas touradas e extenuá-los na perseguição de um chamariz em contínuo movimento, enquanto eles mesmos permanecem imóveis ante a aproximação dos chifres.

Voltemos a nossos medos: muitos deles são inatos, portanto. O medo do gato é espontâneo nos ratos, mesmo que eles nunca tenham encontrado um antes. Mas nas espécies mais evoluídas, como os primatas, a capacidade de sentir o medo é latente, e só vai ser acionada

em decorrência de alguma situação bem precisa. Isto representa para eles uma certa vantagem evolutiva, pois, se o sistema funciona bem, evita serem acometidos por medos inúteis[24].

Por exemplo, macacos criados em laboratório não manifestam espontaneamente nenhum medo de serpentes. Ao menos não até entrarem em contato com outros macacos da mesma espécie, criados em meio natural: quando observam que estes últimos recusam obstinadamente aproximar-se do alimento colocado ao lado de uma serpente, os macacos de laboratório começam a desenvolver por sua vez um medo intenso e durável de serpentes.

Porém, não existe este tipo de aprendizagem social dos medos para quaisquer coisas. Foi possível ensinar a jovens macacos de laboratório a terem medo de serpentes mostrando-lhes cenas de vídeo de macacos aterrorizados diante dos répteis. Mas se através de montagens se substitui as serpentes por flores, na mesma cena, os macacos não desenvolvem nenhum medo de flores, embora tenham visto seus congêneres com medo delas. É por isso que não encontramos nenhum paciente com fobia de pantufas ou de escovas de dente: a noção de perigo potencial, mesmo que mínimo, é necessária para desenvolver uma fobia.

Estudos deste tipo também foram realizados com humanos. Por exemplo, pessoas voluntárias são convidadas a olharem imagens, algumas relacionadas a medo da espécie (aranhas, serpentes...) e outras relacionadas a objetos não fobógenos (flores, cogumelos...). Os voluntários, evidentemente prevenidos antes, recebem a cada uma dessas imagens, de modo aleatório, seja pequenos choques elétricos desagradáveis, seja um barulho neutro e não desagradável. Quando perguntados sobre quais imagens estavam mais vezes associadas ao pequeno choque elétrico, quase todos respondem que eram as aranhas e serpentes, sendo que na verdade houvera exatamente um mesmo

número de pequenos choques para flores e cogumelos[25]. Disso se conclui que nós somos inconscientemente predispostos a associar sensações desagradáveis com certas situações do ambiente, já armazenadas e classificadas como perigosas na memória de nossa espécie. Nossos medos patológicos não deixaram de explorar esse mecanismo.

2.4.3 A humanidade precisa de seus fóbicos...

Nossa espécie, sem dúvida, tem necessidade de que alguns de seus representantes sejam fóbicos. Assim como a biodiversidade é uma riqueza, esta psicodiversidade constitui um "adicional" para a humanidade.

Se um órgão ou uma função se torna inútil à nossa espécie, aos poucos ele tende a atrofiar-se. Assim, nós ficamos menos peludos do que nossos ancestrais desde que inventamos as roupas e os aparelhos de calefação. Temos menos molares: aos poucos, nossos dentes de juízo vão desaparecendo na espécie, e nossas mandíbulas desenvolvem-se menos, pois comemos muito mais alimentos cozidos e moles, portanto, temos menos necessidade de mastigar para digerir os alimentos. Desde que não nos penduramos mais nas árvores, não temos mais cauda, mas apenas uma pequena ponta de cóccix...

Por outro lado, continuamos tendo medos inatos. Segundo os psicólogos evolucionistas, estas tendências ao medo persistirão ainda por muito tempo em nossa espécie, antes de extinguir-se, conforme o princípio do "nunca se sabe". Poderia ser para conservar um estoque de detectores de perigo, destinados a garantir a sobrevivência de nossa espécie. Mas para que conservar no estoque genético o medo instintivo de serpentes? Se, por razões climáticas, a terra fosse invadida por serpentes venenosas, os fóbicos de répteis com seu sistema de detecção superaperfeiçoado sobreviveriam, com certeza, melhor do que os não fóbicos. Eles coordenariam seminários de sobrevivência sobre "como

detectar a presença de uma serpente na relva densa" etc. Eis por que nós conservamos este medo de cobras na memória. Console-se, portanto, se você é fóbico. Uma vez curado, você será o que de mais adaptado existe em todo o gênero humano: estará liberado de seus medos no dia a dia e pronto para enfrentar qualquer modo de vida com um sorriso nos lábios...

Podemos, inclusive, ir mais longe nesta hipótese: sabemos que temos necessidade de sentir medo, pois ele pode nos ser útil um dia. Mas, como vivemos no Ocidente, em sociedades mais seguras do que as de outrora, de vez em quando nos sujeitamos a uma "pitada" deste sentimento de medo indo assistir a filmes de terror no cinema, comprando um ingresso para o trem fantasma, a roda gigante ou a montanha-russa nas quermesses e parques de diversão... Esta é, sem dúvida, uma das explicações para o gosto das crianças pelos jogos e brinquedos em que a diversão está em "encarar o medo". A esse propósito, lembro-me de uma ocasião em que fui ao cinema ver um filme para crianças, com duas de minhas filhas. Não lembro do nome do filme, mas tinha algumas cenas bastante assustadoras. Minha filha mais nova estava com muito medo e para tranquilizar-se ficava comentando o filme: "Ufa, você viu aquilo? Como é que ele vai fazer? Eu não ia querer estar no lugar dele". Eu lhe respondia dessa mesma forma, para ela se sentir acompanhada diante do seu medo. A certa altura sua irmã virou-se furiosa para nós e nos intimou a parar com esses comentários: "Fiquem quietos! Vocês não me deixam sentir medo!"

Gosto de lembrar essas teorias evolucionistas do medo a meus pacientes: é importante que eles conheçam estas coisas para não se culparem por terem fobias. Afinal, cada um de nós é apenas um representante da psicodiversidade de nossa espécie.

Tirar a culpa, mas não a responsabilidade: temos o dever de esforçar-nos para pôr limites a essas tendências...

2.5 Não somos iguais frente aos medos e às fobias: histórias de predisposição

Todos os trabalhos de que temos falado se relacionam com a transmissão genética de uma vulnerabilidade fóbica no nível do conjunto da espécie humana. No âmbito individual, outros estudos permitiram também supor uma transmissão genética em algumas fobias.

Muitas dessas pesquisas foram realizadas com duplas gêmeas[26]. Os pesquisadores da genética se interessam muito pelos gêmeos porque, em princípio, eles recebem a mesma educação em geral. Mas eles não possuem, necessariamente, os mesmos genes, conforme forem gêmeos univitelinos (originados do mesmo ovo, portanto, "gêmeos idênticos") ou bivitelinos (originados de ovos diferentes, portanto, "distintos"). Se um traço (o medo) ou um problema (a fobia) se encontra mais frequentemente entre os univitelinos do que entre os bivitelinos, significa que depende, ao menos parcialmente, de fatores genéticos.

Estudos realizados com gêmeos portadores de fobia social parecem indicar um componente genético importante para esta doença. No caso do pânico, igualmente, se encontra uma transmissão genética na maioria dos estudos. Uma pesquisa feita com 2.163 gêmeos aponta que algumas fobias específicas, sobretudo de animais, também traria, provavelmente, um componente genético. Mas, como já dissemos, o modelo de transmissão da hereditariedade ainda não está claro: ela se dá por um só gene ou por uma combinação poligênica? Também falta clareza em relação ao que, exatamente, é transmitido: o problema da fobia em si, ou, mais provavelmente, a predisposição do organismo à ansiedade?

Devemos especificar que, de qualquer forma, o papel do ambiente continua sendo determinante para obstaculizar ou facilitar a manifestação do problema. Pois a genética, de fato, pode ser vista como mais uma culpa que alguns pais assumiriam, achando que "além de tudo, eu lhe transmiti meus maus genes". Felizmente, o estágio adiantado em

que as pesquisas científicas se encontram e acompanhado por um estágio avançado em matéria de cuidados e prevenção: um pai fóbico curado saberá melhor prevenir em tempo a fragilidade de seu filho, ajudando-o ou fazendo com que seja ajudado[27].

2.5.1 Há pessoas mais frágeis?

Em todas as populações de mamíferos parece existir um percentual de indivíduos mais temerosos do que os outros. Por exemplo, etólogos demonstraram que, numa população de macacos caribenhos, cerca de 20% dos indivíduos pareciam muito vulneráveis ao medo[28]. Os pesquisadores também conseguiram criar em laboratório uma raça de animais muito medrosos; por exemplo, entre os ratos[29]. Esses animais se revelam ao mesmo tempo mais sensíveis com relação aos medos inatos de sua espécie, mas também mais facilmente receptivos a medos condicionados, como aprender a temer uma situação se a ela foi associado diversas vezes um choque elétrico doloroso ou um barulho violento. Eles também precisam de mais tempo para perder este medo adquirido. Como estes dados se traduzem na espécie humana?

2.5.2 A tendência à inibição diante da novidade

Para alguns pesquisadores, haveria entre os seres humanos pessoas desde cedo vulneráveis ao risco de desenvolver uma fobia mais adiante. Segundo os trabalhos de Jerome Kagan, pesquisador de Harvard, cerca de 10% das crianças das populações de origem europeia apresentam um temperamento vulnerável que as predispõe a sentir emoções de medo diante de situações novas. Tais reações estão presentes e podem ser tratadas desde os primeiros meses de vida[30]. Colocadas diante de estímulos não habituais, como uma máscara de cachorro, uma pessoa desconhecida, um barulho repentino, um robô de brinquedo de tamanho grande, observa-se que essas crianças têm reações marcadas por inibição com ansiedade. As crianças não sensíveis a isso,

normalmente, primeiro ficam um tempo numa observação prudente, e depois têm um comportamento de aproximação.

Estas tendências são bastante estáveis: três quartos das crianças que tinham essa ansiedade aos 21 meses a conservavam ainda aos 7 anos. E, inversamente, os três quartos das crianças pouco inibidas com 21 meses não se tornaram mais inibidas aos 7 anos. Os estudos com acompanhamento de longo prazo sugerem que as crianças inibidas e ansiosas ante estímulos novos correriam mais riscos do que as outras de desenvolver fobias sociais ou pânicos. Sem dúvida, por serem mais vulneráveis e mais facilmente condicionadas pelos eventos desagradáveis ou incontroláveis que podem enfrentar durante sua infância e adolescência[31].

2.5.3 Os hipersensíveis e os hiperemotivos têm predisposição à fobia?

> "Eu acho que não sou fóbica por acaso. Sou hiperemotiva em todos os campos, tanto no do medo como nos demais", dizia-me um dia uma paciente. "Eu choro como uma madalena ao ver filmes tristes, a frase mais simples me provoca lágrimas, não gosto de barulhos fortes, a fumaça de cigarro me dá dor de cabeça... Não são caprichos, há muito tempo venho tentando esconder e dominar tudo isto. Mas é meu corpo que manda e acabei me convencendo de que é melhor respeitá-lo do que ignorá-lo. Quanto à minha fobia, eu a considero uma das manifestações de minha hiperemotividade".

Segundo a psicóloga californiana Elaine Aron[32], em todas as populações deve haver uma percentagem de pessoas (cerca de 20%) que apresentam um princípio de saturação sensorial mais baixo do que a média. Todos podemos nos sentir "agredidos" pelo ambiente em nosso redor, mas é uma questão de dosagem, e em algumas pessoas essa percepção acontece mais depressa do que para outras. As pessoas hipersensíveis percebem os estímulos excessivos do meio ambiente como agressões dolorosas, sejam estímulos mecânicos (barulhos, odores), relacionais (interpelações, observações) ou emocionais (influência da meteorologia, filmes violentos). Esta vulnerabilidade se

aplicaria ainda à sensação de medo: se esses indivíduos se reconhecem como ansiosos ou "medrosos", não significa que não têm coragem, mas sim que há um excesso de agitação emocional diante do perigo. Um estudo demonstrou que entre os militares ingleses encarregados de retirar as bombas na Irlanda do Norte, aqueles que tinham recebido mais medalhas e que, portanto, tinham demonstrado maior coragem em campo, eram aqueles cujo coração acelerava menos em situações estressantes[33].

Se essas hipóteses forem verdadeiras, o que ainda não se sabe, essas pessoas hipersensíveis seriam candidatas melhores aos condicionamentos da fobia, pois elas seriam as mais receptivas aos choques emocionais provocados pelo medo.

2.5.4 Intolerância ao medo: o medo do medo

> Quando sinto o medo crescer em mim, no começo do começo do medo, entro em pânico. Imediatamente penso que aquilo vai acabar mal. Que essa inquietação vai subir, subir, como o leite no fogo, transbordar e pôr tudo em desordem, me submergir. Eu tenho medo de ter medo. Mas eu tenho consciência de que meu próprio medo do medo faz o papel da lenha na fogueira, e isso facilita a catástrofe. E saber disso não me impede de entrar em pânico, de ficar com medo de morrer ou de tornar-me louco por causa do medo. Ou ainda de fazer qualquer coisa, como jogar-me debaixo do metrô, se eu estiver na estação...

Muitas pessoas fóbicas conhecem o fenômeno do medo do medo. Os cognitivistas falam de sensitividade ansiosa (*anxiety sensitivity*) e o medo de ficar ansioso, sinais precursores do medo. É frequente em todas as fobias[34]. Ela é bastante ligada a uma receptividade intensificada pelos sinais físicos do medo. Os formulários de pesquisa que medem isso apresentam questões tais como: "Quando sinto meu coração bater rapidamente, fico com medo de ter uma crise cardíaca".

Esta dimensão de sensitividade ansiosa está muito ligada ao risco de as manifestações de medo, inicialmente pequenas, aumentarem desordenadamente, podendo chegar até mesmo a crises de pânico:

acompanhando voluntários durante três anos, percebe-se que, entre aqueles que têm uma sensibilidade para a ansiedade elevada, o risco é multiplicado por cinco[35]. Veremos que, quando tal sensitividade existe, ela geralmente é um dos alvos dos psicoterapeutas de fobias.

2.6 A aprendizagem de medos e fobias

> Estima-se que as estranhas aversões de alguns, que os impedem de suportar o cheiro das rosas ou a presença de um gato, ou coisas parecidas, venham do fato de que no começo de sua vida eles tenham sido muito afetados por algo dessa natureza [...]. O cheiro das rosas pode ter causado forte dor de cabeça na criança quando ainda no berço, ou um gato pode tê-la assustado, sem que ninguém tenha percebido nem ela tenha conservado disso alguma lembrança na memória, embora a ideia de aversão que tinha, então, pelas rosas ou pelo gato permaneça impressa em seu cérebro até o fim de sua vida[36].

Bem cedo, observadores atentos da natureza humana mencionaram o papel dos acontecimentos traumáticos, como Descartes, nessa passagem de sua obra *As paixões da alma*. Hoje considera-se que algumas circunstâncias da vida podem nos "ensinar" a desenvolver fobias. Parece que quatro tipos de aprendizado podem facilitar a aquisição de um medo extremo[37]:

- *Os acontecimentos traumatizantes da vida*: ter-se confrontado pessoalmente com uma ameaça ou um perigo e trazer marcas disso na memória (uma agressão, um acidente);
- *Os acontecimentos sofridos ou repetidos da vida*: sofrer pequenos traumas de maneira regular, sem possibilidade de controle (humilhações, insegurança);
- *A aprendizagem social, por imitação de modelos*: ver frequentemente alguém, em geral um dos pais, ter muito medo de alguma coisa;
- *A assimilação de mensagens de precaução*: ter recebido uma educação que insistia nos perigos ligados a esse ou àquele tipo de situação.

2.6.1 Acontecimentos traumatizantes de vida: "Isso marcou a minha vida"

Acontecimentos chocantes, grandes temores pontuais, podem desencadear medos persistentes, às vezes até verdadeiras fobias. Diversos trabalhos desembocaram no papel das experiências traumatizantes em certos medos exagerados de direção automobilística, após um acidente; de ir ao dentista, após tratamentos dolorosos; de cães, após uma mordida etc. Também se pôde demonstrar que antecedentes de asfixia (princípio de afogamento ou de sufocação por sacos plásticos entre crianças), foram detectados em 20% dos 176 pacientes de pânico de um estudo[38]. Mas não há estudos, ao menos que eu conheça, sobre a influência do cordão umbilical enrolado no pescoço do bebê no nascimento, nem de todas as outras formas de sofrimento neonatal. Todavia, esta explicação para o desenvolvimento posterior dos medos exagerados é comum nas histórias familiares: "Minha mãe diz que minha claustrofobia e meu medo de sufocar vem de lá". Este tipo de condicionamento, contudo, não parece nada impossível: existe uma memória do corpo, independente da memória consciente ou verbal, que pode conservar os traços de condicionamentos esquecidos ou reprimidos. Talvez esta seja uma das explicações para alguns medos extremos, ou para alguns pesadelos que sempre se repetem, associados a sensações de sufoco, de falta de ar etc.

O médico de Genebra Édouard Claparède foi, sem dúvida, o primeiro do século XX a descrever tal memória inconsciente do medo[39]. Depois de ter tido lesões cerebrais, uma de suas pacientes apresentava uma amnésia que a impedia de memorizar eventos recentes. Assim, a cada nova consulta, ela não reconhecia Claparède. Este precisava se reapresentar a cada vez, e apertar-lhe a mão. Um dia, Claparède escondeu um espinho na mão: sua paciente foi picada. No dia seguinte, novamente ela não se lembrava dele nem sabia seu nome, mas no momento das apresentações rituais ela se recusou a apertar-lhe a mão, sem saber explicar por quê. Sua "memória corporal", que sabemos estar

ligada a uma parte do cérebro chamada "amígdala cerebral", não havia esquecido da picada na mão...

Esse fenômeno é frequente nas sequelas de traumatismos. Lembro-me de uma de minhas pacientes, vítima havia alguns anos de um estupro, que experimentou um enorme pânico durante um trajeto de metrô sem saber por quê (o estupro não havia ocorrido no metrô, mas em sua casa). Quando discutíamos a respeito desse ataque de pânico, ela identificou o que havia ativado seu medo: era o cheiro de uma loção pós-barba, a mesma do seu agressor...

Tais condicionamentos não necessitam de intervenção da consciência, mas podem existir mesmo sob efeito de anestesia[40]. As pesquisas, no entanto, ainda são poucas. Atenção, existe, ademais, um risco ligado a essas teorias da memória do corpo: elas podem facilitar o trabalho dos gurus e a utilização de terapias pouco confiáveis. Sabe-se, por exemplo, que a pesquisa desenfreada de supostas lembranças incestuosas inconscientes já provocou desgastes terríveis e, nos Estados Unidos, desencadeou uma epidemia de processos contra pais, supostamente indignos[41]. Na verdade, imorais e inescrupulosos eram os terapeutas. Segundo a expressão do psicólogo Jacques Van Rillaer, nesse campo foram encontradas mais lembranças sem acontecimentos do que acontecimentos sem lembranças...

Retornando ao vínculo entre medo excessivo e traumatismo, deparamo-nos sempre com a mesma questão das relações entre sensibilidade pessoal e acontecimento da vida: O que faz com que um acontecimento turbulento se torne traumático? Quando uma pessoa que sofre de fobia social conta que seus problemas foram desencadeados pelas humilhações infringidas a ela por um professor quando ela ia ao quadro-negro, o que podemos concluir? Que este evento criou a fobia? Ou que, simplesmente, manifestou uma fragilidade preexistente? Se alguém nos diz: "Quando eu tinha 3 anos, minha irmã mais velha, que

sempre me agredia, deixou-me trancado uma tarde inteira num armário", alguns anos mais tarde isto pode ter dado no seguinte: "Que droga, por causa disso eu tenho receio de todos que tentam me dirigir", ou ainda: "Desde então eu não consigo suportar ver alguém fechando portas de armário..."

Lembremo-nos que, em muitos casos, sobretudo nas fobias de aranhas, serpentes, água... não se encontram esses condicionamentos traumáticos iniciais, nem os intensos e únicos, nem os moderados e repetidos. Pode-se pensar, então, que o medo tenha origem genética, mas também que tenha sido adquirido de alguma outra maneira...

2.6.2 Experiências terríveis e repetidas de medo: "Elas acabaram me deixando abalada"

Joana, 35 anos, enfermeira, tem fobia de aranhas. Ela se recorda muito claramente de um fim de semana no campo, numa velha casa que seus pais compraram quando ela tinha 9 anos. No café da manhã, sentindo uma coceira, ela passa a mão no pescoço e percebe que tem nas mãos uma enorme aranha negra. Um sobressalto, um grito, um primeiro susto. Em seguida, lendo na cama, ela descobre outra aranha no seu travesseiro. E depois outra no chuveiro do banheiro.

> Lá eram muitas, parecia que saíam de toda parte, que não se podia derrotá-las, sempre havia mais do que meu pai podia matar. Eu nunca mais quis voltar àquela casa. Meus pais eram obrigados a me deixar na minha avó quando iam para lá...

Nem sempre é preciso um choque importante para que alguém adquira uma fobia. Na verdade, um condicionamento ao medo pode existir em consequência de uma série de pequenos traumas: é o efeito chamado de "soma". Sabe-se, por exemplo, que animais que sofreram pequenos choques elétricos numa jaula, ao serem colocados perto dela, apresentarão manifestações de medo tão intensas quanto outros animais que receberam apenas um choque, porém de grande intensidade[42]. É possível que alguns medos sociais se desenvolvam, dessa forma, em indivíduos com essa predisposição, a partir de situações relacionais que

geram ansiedade, discreta mas repetidamente. Assim, pacientes com fobia social contam, muitas vezes, como na infância foram marginalizados, humilhados, até mesmo torturados por seus colegas de escola; ou como um dos pais, ou ambos, continuamente os desvalorizavam.

Não ser capaz de controlar esses minitraumatismos é sempre um fator agravante. Diversas viagens um pouco agitadas podem levar a uma fobia de avião, simplesmente porque aos poucos as viagens foram infligindo descargas de medo mais fortes, sem que a pessoa pudesse fazer nada, uma vez que é difícil descer de um avião voando. O sentimento de impotência para enfrentar a situação, associado ao medo sentido naquela ocasião, constitui um amálgama que, mais adiante, pode revelar-se explosivo. A presença ou ausência do sentimento de poder controlar, de alguma forma, uma situação inquietante é, além do mais, o que explica como a repetição dos confrontos com o medo leva à sua diminuição – o que os comportamentalistas chamam de *habituação* – ou então ao seu agravamento – a *sensibilização*. Voltaremos a falar disso ao abordar as psicoterapias para as fobias, que precisam contar com confrontos regulares e repetidos com o que causa o medo, mas de maneira adequada!

2.6.3 A imitação de modelos: "Você tem medo do cachorro, mamãe?"

Beatriz, 28anos, secretária, tem fobia de cães, e sua mãe é fóbica de cavalos.

> Um dia, quando eu era criança, um cão enorme nos atacou, a mim e à minha mãe, quando passávamos em frente a uma casa, estando em férias no interior. Ela me pegou no colo, mas estava aterrorizada, gritava, chorava, tremia, gritava por socorro enquanto o cachorro latia e mostrava os dentes tentando nos morder. A cena me parecia não ter fim: eu tinha a impressão de que seríamos devoradas ali mesmo, pois se minha mãe estava com tanto medo era porque ali havia um perigo mortal para nós. Finalmente, o proprietário chegou; nós nem chegamos a ser mordidas, mas ficamos tremendo como varas verdes durante alguns bons minutos. Eu tive pesadelos com aquilo durante semanas, todas as noites...

A observação dos modelos, principalmente paternos, exerce um papel importante na transmissão dos medos e temores. Um trabalho realizado com 22 meninas com fobia de aranha, e seus pais, por exemplo, permitiu mostrar que o asco de aranhas era muito mais frequente nas mães de meninas fóbicas do que nas de meninas não fóbicas de um grupo analisado[43]. O papel da mãe parece ser preponderante, nesse ponto. Viu-se que são, principalmente, os medos maternos que influenciam os medos das crianças e que quanto mais esses medos forem abertamente manifestados pela mãe diante dos filhos, mais terão importância para eles[44].

Diante disso, é necessário disfarçar totalmente esses medos diante dos filhos? Com certeza, não! Se você for um pai fóbico, isso nem mesmo adiantaria. As crianças veem tudo ou percebem sem compreender, o que é pior. Observando ou percebendo os medos que você possui, seus pimpolhos os levarão totalmente em consideração e, supondo que podem confiar em você, deduzirão que existe, de fato, um grande perigo em tais circunstâncias. Finalmente, tentar esconder seus medos seria um mau serviço prestado a eles, pois isso os levaria a crer que ter medo é motivo de vergonha. Portanto, não procure esconder suas fobias a seus filhos, mas tente, sim, explicar-lhes a natureza delas: "É absurdo, mas é isso que acontece, eu tenho medo disso ou daquilo... E, na verdade, não há nada de perigoso nisso".

2.6.4 As mensagens da educação: "Cuidado com o bicho-papão"

As mensagens utilizadas para precaver ou chamar a atenção, voluntárias ou não, também podem alimentar medos extremados. Isto pode ocorrer num nível individual, nas famílias. As histórias de monstros imaginários contadas às crianças entre 7 e 9 anos podem induzir nelas medos significativos. Mais se for um adulto que transmite a informação inquietante do que se for outra criança[45]. E tais temores podem não desaparecer mais[46]. Portanto, cuidado com as histórias e

lendas que utilizam monstros e vampiros: elas podem marcar seus filhos bem mais profundamente do que nós imaginamos. A arte dos contos de fada deveria servir para propor maneiras de ajudar as crianças a enfrentarem os perigos ou as criaturas mencionadas. E é preferível, evidentemente, evitar utilizar-se do medo para fazer as crianças pequenas obedecerem: "Não vai lá, que o bicho-papão vai te pegar..."

Mas não são só os monstros das histórias que podem induzir medos *a priori*: num estudo realizado com cerca de sessenta crianças na Inglaterra de 6 a 9 anos, elas foram separadas em dois grupos. Metade delas recebeu informações negativas sobre os cangurus australianos, pouco conhecidos em seu país: "Eles são sujos, maus e perigosos. Andam de noite atacando outros animais com seus longos dentes e bebendo o sangue deles. Dão gritos terríveis. Ninguém gosta deles na Austrália". A outra metade, enquanto isso, recebia informações positivas: "São animaizinhos muito doces, que adoram brincar com as crianças. Eles se alimentam de frutos e folhas e comem até na mão das pessoas, sem mordê-las. São animais muito queridos por todos na Austrália". Em seguida, foram feitos testes das reações das crianças diante de imagens destes animais e de seu comportamento diante de caixas com inscrição do nome deles, e um buraco no qual se percebia um punhado de pelo. Naturalmente, as crianças que haviam recebido as informações negativas ficaram inquietas com a ideia de, um dia, encontrar-se com um canguru, e tiveram medo de aproximar-se das caixas...[47]

Mais geralmente ainda, alguns medos são nitidamente alimentados por fenômenos culturais ou coletivos. Assim, como explicar o eterno medo dos lobos, verificados ainda nas crianças do século XXI, sendo que os lobos desapareceram por completo do nosso dia a dia há tanto tempo? Isto se deve, sem dúvida, mais aos contos de fada do que ao encontro com verdadeiros lobos. A função dessas histórias, tradicionalmente contadas às crianças, em grande parte, era induzir

nelas um medo que se considerava ser-lhes útil. As histórias de bicho-papão e outros monstros infantis eram consideradas como "meios normais de educação"[48].

Mas, para além das intenções educativas, há também aspectos simbólicos, como a imagem do lobo no cristianismo antigo. Durante séculos, o ocidente cristão esteve em guerra contra os lobos, nos quais se via a encarnação do diabo: "Se o lobo ameaça saltar sobre ti, toma uma pedra e ele fugirá. A tua pedra é Cristo. Se te refugiares em Cristo, tu vencerás os lobos; isto é, o diabo. Ele não poderá fazer-te mal" (Santo Ambrósio, século IV)[49]. O medo de serpentes, de origem claramente evolutiva, foi retomado e reforçado em, praticamente, todas as culturas. É o que explica que a fobia das serpentes exista mesmo entre pessoas das cidades, que nunca se encontraram com esses répteis e nunca foram mordidas – ou sentiram-se ameaçadas – por eles. No Gênesis, é a serpente que induz Eva à tentação, e é ela a primeira que Deus amaldiçoa: "Tu serás maldita entre todos os animais da terra, domésticos e selvagens. Rastejarás sobre o ventre e comerás pó todos os dias de tua vida", antes de repreender, em seguida, Eva, depois Adão, que, na história, foi apenas um seguidor. Pois, em matéria de fobias, as mulheres estão bem à frente...

2.7 Por que as mulheres têm mais medos e fobias do que os homens?

Todos, absolutamente todos os estudos epidemiológicos levam ao mesmo resultado: há uma preponderância feminina enorme no mundo dos medos e das fobias, na medida de, aproximadamente, duas vezes mais mulheres do que homens. Esta diferença, para ser tão clara e espetacular, provavelmente deve-se a muitos fatores[50]; isto é, deve estar ligada a todos os fatores de que temos falado.

Alguns pesquisadores na psicologia evolucionista[51] supõem haver uma desigualdade de origem genética ligada aos papéis sexuais em nossa

espécie: a seleção natural teria atingido mais os homens fóbicos do que as mulheres, pois o macho fóbico perdia mais em *status* e, portanto, em chances de atrair a si as mulheres e ter descendência transmitindo seus genes. Enquanto isso, ser fóbica não fazia uma mulher perder muito de seu charme aos olhos dos machos... O prejuízo ligado às fobias de animais era maior nas sociedades de caçadores-colhedores, em que os homens tinham que partir em busca de alimentos e de novos recursos: nesse caso, tais medos traziam muitas limitações e estigmas. Como o papel das mulheres era, sobretudo, dedicar-se à colheita de frutos e ao cuidado da caverna e das crianças, mais lhes era útil o medo do que a vigilância: um medo excessivo talvez causasse menos problemas, de qualquer forma. Mas tudo isto não passa de "ficção psicológica", impossível de se comprovar.

Outros pesquisadores recordam que, de modo geral, todos os problemas emocionais são mais frequentes entre as mulheres, já que também o mesmo se dá com o fenômeno das depressões (duas vezes mais mulheres atingidas). Isto se deveria a competências emocionais mais elevadas, mas também mais frágeis e fáceis de desregular. Enquanto as patologias psíquicas do homem estariam mais do lado das toxicomanias ou atos de agressividade.

No começo, contudo, as meninas são emocionalmente mais estáveis do que os meninos[52]. É apenas a partir dos 2 anos, idade em que as diferenças de estímulo do ambiente começam a depender do sexo da criança, que isso se inverte. Com efeito, a partir dessa idade, o ambiente *espera* que as meninas tenham mais medo: se se mostra rostos de crianças pequenas em diferentes situações a adultos, estes acreditarão ver mais frequentemente medo no rosto das meninas e raiva nos meninos[53]. Assim, os próprios pais começam a incitar seus filhos a se comportarem em função dos estereótipos culturais existentes sobre os sexos: os

meninos não devem ter medo, ou não devem demonstrá-lo, ao contrário das meninas, que são até encorajadas a agir assim.

Sabemos, ainda, que os meninos são mais movidos a vencer seus medos do que as meninas. Isto se comprova sistematicamente nas análises de crianças tímidas. Os medos sociais das meninas são muito mais tolerados do que os dos meninos. Para os pais é praticamente aceitável que a pequenina seja muito reservada e inibida, ao passo que a mesma atitude os inquieta se vier do homenzinho[54]. Estaríamos equivocados se pensássemos que os recentes avanços sociais em favor da igualdade dos sexos tenha posto fim a tais estereótipos. Para isto serão necessárias, provavelmente, diversas gerações até que eles desapareçam. Basta olhar, por exemplo, as representações do medo nos desenhos animados: a personagem fora de si por causa de um ratinho, que pula para cima de uma cadeira e fica desesperada gritando por socorro, é um homem ou uma mulher?

Mas não é questão apenas de influências sociológicas. Podemos nos perguntar também se os meninos não se beneficiariam de alguma maneira de um tratamento especial da parte de suas mamães. Vários estudos demonstraram uma melhor "sincronização emocional" das mães com seus filhos[55]: seu rosto responde melhor às emoções do bebê menino do que ao do bebê menina; há em média mais trocas visuais nos cuidados mãe-filho do que mãe-filha etc. É possível que isto também facilite as capacidades melhores de controle emocional dos meninos diante de seus temores e medos.

Além disso, as meninas se mostram em geral mais receptivas ao aprendizado social das emoções, dentre elas, do medo, pois elas são melhores nas interações sociais e também para a decodificação emocional, sobretudo a partir das expressões faciais, mesmo aquelas mais fugazes[56]. Elas poderiam, portanto, ser mais sensíveis aos medos de seus pais, que elas detectam melhor do que os meninos. Detectam

melhor, mas também, ruim para elas, os aprendem melhor: as meninas são melhores alunas do que os meninos, até na escola dos medos.

Todos esses dados, produzidos pelas pesquisas, não permitem dar um *veredicto* final e definitivo sobre o papel correspondente que cabe ao inato e ao adquirido nessa grande diferença entre homens e mulheres com relação à vulnerabilidade ao medo. Em todo caso, sabemos que meninas e mulheres podem revelar-se intrépidas e tão boas gestoras de seus medos quanto os meninos e homens: cite-se o caso da heroína Fifi Brindacier, a menina da Suécia (veremos que não se trata de um mero acaso), audaciosa e corajosa[57]. Mas será interessante ver se as transformações sociais que estão acontecendo no Ocidente não irão tornar todas as meninas e mulheres, e não mais alguns casos isolados, menos sensíveis ao medo: vamos marcar um encontro para daqui a meio século!

Enquanto isso, alguns pesquisadores procuraram verificar se existiria alguma correlação entre valores sociais masculinos e femininos, de uma parte, e risco de sofrer problemas fóbicos, por outra. Com efeito, muitos psicossociólogos acreditam que algumas culturas são mais masculinas do que femininas e vice-versa, como detalhado no quadro a seguir. E desde muito tempo, alguns psicólogos estão convencidos de que uma cultura machista facilita a ocorrência de medos como a agorafobia, ou seja, que entravam a autonomia das suas vítimas[58]. Admitindo-se – o que na verdade se ignora – que homens e mulheres tenham as mesmas tendências biológicas para sentir medo, uma sociedade que incita as mulheres a ficar em casa e que as persuade a acreditar que são destinadas a ser inseguras e medrosas estaria "fabricando" mais mulheres agoráfobas. Não estaria criando a doença, mas levando insidiosamente as mulheres a se entregarem e se submeterem a ela.

Uma pesquisa muito interessante sobre a relação entre o quociente masculinidade/feminilidade e a agorafobia em diversas culturas

demonstra que quanto mais a cultura é marcada por valores masculinos, tanto mais frequentemente se veem sintomas de agorafobia; e inversamente, quanto mais a cultura está impregnada de valores femininos, tanto mais esta frequência será baixa[59]. Nesta ampla pesquisa, realizada com cerca de 5.491 pessoas em 11 países (a França não teve participação), o Japão foi o país campeão no papel da virilidade e de frequência de sintomas de agorafobia, enquanto a Suécia levou a palma da feminilidade e das mais baixas taxas de agorafobia. Esses resultados dariam prazer a Fifi Brindacier. Eles não apenas demonstram que o machismo é uma estupidez, como também que faz mal para a saúde...

O sexo nas culturas pode influenciar a ocorrência de medos excessivos e de fobias?

Características das culturas com alto índice de masculinidade	Características das culturas com alto índice de feminilidade
Os papéis sexuais são nitidamente diferenciados: as mulheres se interessam mais pelo que diz respeito às relações humanas; nas famílias, os pais se ocupam com coisas e fatos, e as mães com os sentimentos; as meninas choram, os meninos não; os meninos podem se divertir e fazer bagunça, mas nas meninas isso é malvisto...	Os papéis sexuais são fluidos: homens e mulheres se interessam pelas relações humanas; nas famílias, os pais também se ocupam com os sentimentos, e as mães também se ocupam com as coisas e os fatos; meninos podem chorar como as meninas; e também elas têm direito de se divertir e fazer bagunça, como os meninos...
Valores dominantes da sociedade: sucesso e progresso material.	Valores dominantes da sociedade: respeito ao outro e desenvolvimento pessoal.
O modelo dos meninos é o pai, e o das meninas, a mãe.	Meninos e meninas podem escolher por modelo características ou atitudes da mãe ou do pai.
A mãe tem uma posição familiar e social menos forte do que o pai.	As diferenças de papel sexual não implicam diferenças de poder social.
A emancipação das mulheres significa que elas podem exercer as mesmas funções sociais que os homens.	A emancipação das mulheres significa que os homens vão partilhar também as tarefas domésticas, não somente o trabalho.

2.8 Como conclusão a respeito das causas dos medos e das fobias

A compreensão a respeito de como se dá a aquisição de medos excessivos e fobias, hoje, vai cada vez mais na direção do que se tem chamado um modelo "bio-psico-social"; ou seja, que integra as três dimensões:

- Biológica: existem, sem dúvida, predisposições biológicas para sentir medos muito fortes;
- Psicológica: a expressão destas predisposições pode ser facilitada ou modelada por estilos de educação, acontecimentos da vida pessoal, modelos do ambiente;
- Social: algumas culturas e sociedades também pesam na evolução dos problemas.

A pesquisa das causas das fobias, portanto, é um canteiro amplo, em constante evolução. A existência de mecanismos múltiplos deve ser compreendida como algo encorajador: esta variedade deixa muito mais margem de atuação e mais portas de entrada para agir e mudar. Por isso, o mais importante não é, em minha opinião, a predisposição ao medo excessivo. Este, seja inato ou adquirido, uma vez que tenhamos nos tornado adultos – e é neste momento, em geral, que a questão da mudança é colocada –, o mal está feito. O mais importante é, simplesmente, não agravar as predisposições com erros de comportamento. Primeiro, entender como mudar e, então, fazer a força do medo, aos poucos, ir diminuindo. Estes dois pontos serão objeto dos dois próximos capítulos.

---

5. VAN RILLAER, J. *Psychologie de la vie quotidienne*. Paris: Odile Jacob, 2003.

6. VAN RILLAER, J. Une légende moderne: "les comportementalistes ne traitent que les symptômes". *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 14, p. 3-7, 2004.

7. GRÜNBAUM, A. *Les Fondements de la psychanalyse – Une critique philosophique*. Paris: PUF, 1996.

8. LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF, 1976.

9. GÉLINEAU, E. *Des peurs maladives ou phobies*. Paris: Société d'Éditions Scientifiques, 1894.

10. BIRRAUX, A. *Les phobies*. Paris: PUF, 1995.

11. GORWOOD, P. L'anxiété est-elle héréditaire? *L'Encéphale*, 24, p. 252-255, 1998.

12. CRASKE, M.G. Disposition to fear and anxiety: negative affectivity. In: CRASKE, M.G. *Origins of phobias and anxiety disorders*. Oxford: Elsevier, 2003, p. 33-50.

* Expressão inglesa para "alimentos descartáveis", sem valor nutritivo [N.T.].

13. FRIEZ, B.M. et al. Diabète sucré, troubles nutritionnels et métaboliques. In: HASLET, C. et al. *Davidson – Médecine interne, principes et pratique*. Paris: Maloine, 2000, p. 472-509.

14. HUIZINK, A. et al. Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility? *Psychological Bulletin*, 130 (1), p. 115-142, 2004.

15. BERTENTHAL, B.I. et al. A re-examination of fear and its determinants on the visual cliff. *Psychophysiology*, 21, p. 413-417, 1984.

16. POULTON, R. et al. Evidence for a non-associative model of the acquisition of the fear of heights. *Behaviour Research and Therapy*, 36, p. 537-544, 1998.

17. POULTON, R. et al. Low fear in childhood is associated with sporting prowess in adolescence and young adulthood. *Behaviour Research and Therapy*, 40, p. 1.191-1.197, 2004.

18. MURIS, P. et al. How serious are common chidhood fears? *Behaviour Research and Therapy*, 38, p. 217-228, 2000.

19. BREWIN, C.R. et al. Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113, p. 82-98, 1993.

20. MURIS, P. et al. Children's nighttime fears: parent-child ratings of frequency, contents, origins, coping behaviors and severity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, p. 13-28, 2001.

21. ANTONY, M.M. et al. Heterogeneity among specifics phobias types in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 35, p. 1.089-1.100, 1997.

22. MARKS, I. Phobias and obsessions – Clinical phenomena in search of laboratory models. In: MASER, J.D.; SELIGMAN, M.E.P. (orgs.). *Psychopathology: Experimental Models*. São Francisco: Freeman, 1977.

23. SELIGMAMN, M.E.P. Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, p. 307-320, 1971.

24. COOK, M. et al. Selective associations in the origins of phobics fears and their implications for behavior therapy. In: MARTIN, P. (org.). *Handbook of Behavior Therapy and Psychological Science*. Nova York: Pergarmon, 1991.

25. TOMARKEN, A.J. et al. Fear relevant selective associations and covariations bias. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, p. 381-394, 1989.

26. KENDLER, K.S. et al. The genetic epidemiology of phobias in women. *Archives of General Psychiatry*, 49, p. 273-281, 1992.

27. ANDREWS, G. et al. The prevention of mental disorders in young people. *Medical Journal of Australia*, 177, p. S97100, 2002.

28. SUOMI, S.J. Early determinants of behaviour: evidence from primates studies. *British Medical Bulletin*, 53, p. 170ss., 1997.

29. BRUSH, F.R. et al. Genetic selection for avoidance behaviour in the rat. *Behavioural Genetic*, 9, p. 309-316, 1979.

30. KAGAN, J. et al. Temperamental factors in human development. *American Psychologist*, 46, p. 856-886, 1991.

31. ROSENBAUM, J.F. et al. Behavioral inhibition in children: a possible precursor to panic disorder or social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, p. 5-9, 1991.

32. ARON, E. *Ces gens qui ont peur d'avoir peur*. Montreal: Le Jour, 1999.

33. RACHMAN, S.J. Fear and courage among military bomb disposal operators. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 4, p. 99-165, 1983.

34. REISS, S. et al. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, p. 1-8, 1986.

35. MALLER, R.G. et al. Anxiety sensitivity in 1984 and risk of panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, p. 241-247, 1992.

36. DESCARTES, R. *Les Passions de l'âme*. Paris: Flammarion, 1996 [em português: *As paixões da alma*. São Paulo: Martins Fontes].

37. DAVEY, G.C.L. A conditioning model of phobias. In: *Phobias, a Handbook of Theory, Research and Treatment*. Chichester: Wiley, 1997.

38. BOUWER, C. et al. Association of panic disorder with a history of traumatic suffocation. *American Journal of Psychiatry*, 154, p. 1.566-1.570, 1997.

39. Apud LEDOUX, J. *The Emotional Brain*. Nova York: Simon and Schuster, 1996.

40. BLOCK, R.I. et al. Effects of a subanesthetic concentration of nitrous oxide on establishment, elicitation, and semantic and phonemic elicitation of classically conditioned skin conductance responses. *Pharmacology, Biochemistry and Behaviour*, 28, p. 7-14, 1987.

41. POPE, H.G. et al. Can memories of childhood sexual abuse be repressed? *Psychological Medicine*, 25, p. 121-126, 1995.

42. VAN RILLAER, J. *Peurs, angoisses et phobies*. Paris: Bernet-Danilo, 1997.

43. DE JONG, P.J. et al. Spider phobia in children. *Behaviour Research and Therapy*, 35, p. 559-562, 1997.

44. MURIS, P. et al. The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behaviour Research and Therapy*, 34, p. 265-268, 1996.

45. FIELD, A.P. et al. Who's affraid of the big bad wolf: a prospective paradigm to test Rachman's indirect pathways in children. *Behaviour Research and Therapy*, 39, p. 1.259-1.276, 2001.

46. MURIS, P. et al. Fear of the beast: a prospective study on the effects of negative information on childhood fear. *Behaviour Research and Therapy*, 41, p. 195-208, 2004.

47. FIELD, A.P. et al. Fear information and the development of fears during childhood: effects on implicit fear responses and behavioural avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 41, p. 1.277-1.293, 2003.

48. BELMONT, N. *Comment on fait peur aux enfants*. Paris: Mercure de France, 1999.

49. CARBONE, C. *La Peur du loup*. Paris: Gallimard, 1991.

50. CRASKE, M.G. *Origins of Phobias and Anxiety Disorders: Why more Women than Men?* Oxford: Elsevier, 2003.

51. McGUIRE, M.; TROISI, A. *Darwinian Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

52. WEINBERG, M.K. et al. Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during infancy. *Developmental Psychology*, 35, p. 175-188, 1999.

53. BRODY, L.R.; HALL, J.A. Gender and emotion. In: LEWIS, M.; HAVILLAND, J.M. *Handbook of Emotions*. Nova York: Guilford, 1993, p. 447-460.

54. KERR, M. et al. Stability of inhibition in a swedish longitudinal sample. *Child Development*, 65, p. 138-146, 1994.

55. TRONICK, E.Z.; COHN, J.F. Infant-mother face-to-face interaction: age and gender differences in coordination and occurrence of miscoordination. *Child Development*, 60, p. 85-92, 1982.

56. McCLURE, E.B. A meta-analytic review of sex-differences in facial expression processing and their development in infants, children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 3, p. 424-453, 2000.

57. LINDGREN, A. *Fifi Brindacier*. Paris: Hachette, 2001.

58. CHAMBLESS, D.L.; MASON, J. Sex, sex-role stereotyping and agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 24, p. 231-235, 1986.

59. ARRINDEL, W.A. et al. Masculinity-femininity as a national characteristic and its relationship with national agoraphobic fear level. *Behaviour Research and Therapy*, 41, p. 795-807, 2003.

3
Os mecanismos dos medos e das fobias

A questão mais importante não é: "Por que eu tenho tanto medo?", mas sim: "Por que meu medo persiste, apesar de todos os meus esforços, já que eu sei perfeitamente que é um medo exagerado?"

Na verdade, nossos grandes medos permanecem, simplesmente, porque nós os obedecemos. Obedecemo-los em nossos comportamentos, com fugas e evitamentos. Obedecemo-los em nossos pensamentos, não vendo outra coisa ao nosso redor além de perigos e ameaças. O medo submete, dessa forma, nossa inteligência. Felizmente, hoje sabemos como remeter o medo novamente ao seu lugar.

> *E, então, eu não lhes disse que aquilo que vocês chamam de loucura não passa de uma hiperacuidade dos sentidos?*
> POE, E. *Nouvelles histoires extraordinaires.*

Depois de tantos anos de vida conjugal com minha fobia, eu não sabia mais muito bem o que era eu e o que era ela, o que era normal e o que não era.

É normal preferir fazer suas compras nas horas de menor movimento, mas não é normal ser completamente incapaz de fazê-las quando o movimento é maior por causa do medo de olhar para os lados e se deparar com gente ao seu redor. Como eu tinha vergonha de meus medos, eu acabava não falando mais sobre eles, nem com meus amigos. De repente, estava perdendo todas as minhas referências. Já não sabia mais com clareza o que vinha de minha doença e o que vinha de minha personalidade e de minhas opções de vida.

Sobretudo, já não sabia mais direito o que eu devia fazer com meus medos no dia a dia. Se me obrigava a enfrentá-los, isso me deixava mal e levava dias recuperando-me; e, além do mais, ficava com a sensação de sair dessas tentativas cada vez mais traumatizado, com a impressão cada vez maior de ter escapado por um milagre de uma catástrofe. E se não os enfrentava, sentia-me inútil e desvalorizado, de qualquer forma prejudicado. Pode-se, com certeza, dizer que, apesar dos anos e apesar do hábito adquirido, apesar daquilo de que procuramos nos convencer ou convencer os outros, não existe uma solução definitiva e completa para essas escapadelas

> constantes, esta humilhação que é obedecer a seus medos. O mais difícil não é, simplesmente, ter medo, mas também ter vergonha de si mesmo, e não entender por que não se é capaz de controlar-se...

São vários os obstáculos no caminho da cura dos grandes medos.

A violência dos próprios medos, obviamente, os maus hábitos, que os medos vão impondo aos poucos. Mas também pouco conhecimento dos mecanismos reais do medo, seja normal, seja patológico. Compreender como "funcionam" seus medos excessivos é um pré-requisito fundamental para curar-se deles. Contrariamente ao que se pensa, às vezes, as fobias não têm nada de misterioso ou enigmático. Elas podem, isto sim, ser chamadas "doenças da alma", e obedecem às mesmas leis de todas as outras doenças crônicas, como a diabete ou a asma, como já dissemos antes.

Como psiquiatra, muitas vezes me acontece de trabalhar com colegas médicos em patologias, tais como a hipertensão ou a diabete. Por exemplo, há alguns anos fiz um trabalho conjunto com pneumólogos sobre a asma. Nessa ocasião, descobri que havia escolas da asma, destinadas a ensinar aos pacientes e seus familiares os mecanismos dessa patologia. A educação para a asma traz frutos espetaculares. Os pacientes que frequentam essas aulas obtêm melhor resultado em seu tratamento e cometem menos erros na gestão cotidiana de sua doença.

Estou convencido de que é possível proceder da mesma maneira com pessoas fóbicas. Sonho com uma "escola da fobia", que ofereça os mesmos serviços que as escolas da asma ou da diabete: desdramatizar, desestigmatizar, informar, explicar... em minhas consultas, sempre tomo algum tempo para explicar aos meus pacientes os mecanismos de seus medos excessivos, e isto acaba tendo o efeito de ajudá-los a sair do círculo vicioso da culpabilidade e das questões inúteis ("Sou o responsável pelo que me acontece?") e levá-los mais perto do operacional ("O que posso fazer no dia a dia?").

As explicações sempre aumentam o envolvimento. Elas permitem lutar contra clichês e estereótipos associados aos medos e às fobias: o julgamento moral dos não fóbicos sobre os fóbicos sempre está insidiosamente presente. Simplesmente, passamos do julgamento explícito – "As fobias são fraqueza e falta de coragem" – ao julgamento implícito – "As fobias são uma neurose, são pessoas neuróticas, com manias estranhas na cabeça".

Informar e explicar dá um sentido e uma razão de ser aos esforços que os terapeutas pedem dos pacientes de medos excessivos. Durante muito tempo, médicos e pacientes ficavam com receio de pacientes que sabiam demais, sob o pretexto de que eles complicavam a sua vida. Hoje, contudo, e sobretudo neste campo dos medos patológicos, sabemos que é preferível termos o que eu chamo "pacientes especialistas", informados sobre seu problema, a pacientes sem informações e sem referências. Pacientes precavidos são parceiros melhores na luta contra a doença fóbica. Hoje, não hesitamos em convidar os membros das associações de pacientes a assistir nossos congressos e partilhar com eles nossos conhecimentos. O presente capítulo, portanto, não trata apenas de ciência, mas de ideias e informações para começar o trabalho de transformação pessoal...

3.1 As três dimensões dos medos e das fobias

Você deve ter visto esse tipo de cena nos documentários sobre animais. A noite cai na savana. Uma gazela se aproxima da água para se refrescar. A paisagem é magnífica: o sol avermelhado, as sombras dando contornos à paisagem, é uma hora que incita a contemplação e a serenidade. A gazela, contudo, não tem nada de serena e contemplativa. Enquanto bebe a água, está atenta ao espaço em volta. Ao menor barulho, ela fica esperta, levanta a cabeça. Se pudéssemos medir suas pulsações cardíacas, sem dúvida estariam bem aceleradas. Ela não vê a mesma paisagem bucólica e serena que o espectador vê, pois sabe que os

pontos d'água, como locais que reúnem todos os animais da savana, sedentos pelo calor do dia, também são frequentados por leões caçadores que vêm aí em busca não só de água, mas também, e sobretudo, de comida. Por trás de cada gole que sorve, a gazela não vê a brisa refrescante do anoitecer, mas o movimento de uma fera escondida. Por trás do menor barulho dos galhos secos que estalam, ela ouve um predador que se aproxima. Seus sentidos estão ligados no máximo, seus músculos tesos. Imóvel, ela está pronta para fugir velozmente, numa arrancada instintiva.

O que, para você, parece uma paisagem de cartão-postal, uma situação agradável – no fim do dia ir beber água para matar a sede – é, para a gazela, um momento cheio de perigos. Como, aliás, diversos outros momentos do dia...

Esta gazela, no ponto de água, é como a pessoa com fobia em situações que ela teme; o perigo ainda não está presente, mas pode revelar-se a qualquer momento. Não é por nada que se fala de *ataque* de pânico para designar as crises de angústia extrema, comparando com a imagem do ataque do predador sobre sua presa. Assim, três dimensões compõem o medo:

- Emocional (sentir o corpo apenas como um fardo oprimente);
- Psicológico (ver o mundo apenas como um lugar de perigos iminentes);
- Comportamental (não poder fazer outra coisa do que vigiar, para estar pronto a fugir).

A luta contra os medos excessivos terá que passar pela compreensão e o controle progressivo destas três dimensões.

Num primeiro momento, trata-se de lutar contra o medo comportamental, compreender de que ele é composto, e começar a se confrontar com as situações que se teme, mesmo continuando a pensar que há perigos e a sentir medo ao fazer isso. Compreender seus medos

comportamentais e entender como enfrentá-los aumenta sua liberdade de movimentos.

Num segundo momento, a repetição desses confrontos permitirá que você modifique sua visão do mundo. Refletir nessa hora, com calma mas também depois destes confrontos regulares, ajudará a perceber que o modo de ver as situações angustiantes pode ser modificado gradualmente. Compreender seus medos psicológicos, e saber como modificá-los, aumentará sua lucidez.

Enfim, num terceiro momento, a prática regular de confronto com as situações e questionamento das próprias certezas fóbicas, aos poucos, irá "consumindo" a reação emocional de medo, como uma alergia que se desestabiliza. Compreender suas emoções de medo, e saber como "desgastá-las", leva a uma pacificação interior e ao conforto de uma vida sem medos excessivos.

3.2 Mecanismos comportamentais: a fuga que piora as coisas

> O pior de minha fobia é que eu havia me tornado uma especialista em fugir e evitar, uma campeã da escapadela, a rainha da desculpa esfarrapada e do pretexto evasivo. Tudo isto para não arriscar encontrar-me numa situação que iria me provocar um ataque de pânico, tipo um convite para um jantar-dançante (eu não podia suportar as pessoas se encostando em mim e me segurando para falar...), um *happy hour* no 36º andar de um prédio (nem pensar em tomar o elevador), ir de avião para as férias (começo a ficar agoniada assim que se fecham as portas)... Não havia mais nada de espontâneo em minha vida, senão cuidados, cálculos, previsões. Eu tinha um calendário na cabeça, com a previsão de todas as situações, as que seriam fáceis, aquelas que exigiriam mais esforço... Enfim, eu me sentia péssima, miserável, acabada, e meus medos iam de mal a pior. Evitar apenas para ter uma paz transitória, além do mais paga ao preço da minha liberdade de movimentos e minha dignidade. Pois a vida não cessava de me colocar à prova...

Este testemunho vem de Iris, uma de minhas pacientes que sofria de agorafobia com ataques de pânico.

3.2.1 Os evitamentos: lógicos; porém, tóxicos

Os evitamentos fóbicos são, de longe, a melhor maneira de manter o medo. Sem querer, sem saber, a maioria dos pacientes fóbicos é o artífice da longevidade de seu medo...

Por serem hipersensíveis, e por causa da violência dos temores sentidos, os pacientes de fobia, logicamente, têm a tendência de fugir ou evitar as situações que lhes causam medo. Eles organizam sua vida diária de maneira a, simplesmente, não correr o risco de se encontrar numa situação que poderia colocá-los em pânico. Os evitamentos, portanto, estão no âmago da fobia, pois os comportamentos de evasão (pela fuga) ou de evitamento (pelas estratégias antecipatórias de não confrontação), que permitem diminuir nitidamente a angústia, acabam reforçando o medo e sendo, portanto, reutilizados na próxima vez. O círculo, então, está formado, e o problema fóbico se acha irremediavelmente autoentretido, mais ou menos como acontece com a dependência do álcool de quem bebe para esquecer que bebe. Evitar o confronto causa um alívio apenas imediato, mas mantém o paciente numa dependência ansiosa de suas eternas precauções: o fóbico, de certa forma, é um "viciado" em fugir...

3.2.2 Um gênio em evitamentos

Como Iris, a maioria dos pacientes que sofrem de medos extremos é obrigada – por questão de sobrevivência – a tornar-se *expert* em evitamentos.

Esses evitamentos podem ser de diversos tipos:

- *Evitamento de situações*: por exemplo, não passar em lugares onde há pombos, não falar em público, não tomar o metrô. A pessoa fóbica organiza, então, sua vida em vista do evitamento de inúmeras situações. Para justificar às pessoas as suas atitudes em decorrência disso, elas geralmente apelam a racionalizações: "Eu não gosto de passar nessa rua, porque ela é muito feia", "Não saio à noite porque não se fala nada de interessante", "É muito abafado dentro do metrô";

• *Evitamento de imagens, palavras, pensamentos*: evitar pensar naquilo que dá medo, evitar olhar fotos, filmes, evitar escutar gente conversando ou ler artigos ou livros... Inútil! Muitos estudos mostram que tentar evitar pensar em coisas desagradáveis só aumenta mais seu poder angustiante[60]. É um dos paradoxos do pensamento fóbico (e, mais amplamente, de todas as doenças ansiosas): os pacientes têm a impressão de "não pensar outra coisa". Na realidade, eles não chegam a pensar a fundo e caçam os pensamentos incômodos assim que estes se manifestam, em vez de encará-los até o fim. Esta maneira de agir pode até dar alívio a quem não é fóbico, mas não serve nos casos de medos intensos ou doentios;

• *Evitamento de sensações*: não correr para não sentir o coração disparar, não usar gola fechada ou gravata para não sentir princípio de sufocação. Também aí, diversos trabalhos experimentais demonstram esta tendência e os problemas daí resultantes. Num deste estudos, voluntários respiravam ar enriquecido com gás carbônico. Explicava-se a eles que a inalação deste ar modificado provocaria sensações físicas desagradáveis: aceleração do ritmo cardíaco, transpiração, dificuldade para respirar... À metade deles pedia-se que procurassem não pensar nessas sensações e fazer de tudo para que as pessoas da sala não percebessem seu mal-estar. À outra metade dos voluntários davam-se orientações inversas: notem bem o que irão sentir fisicamente, não tentem controlar nem disfarçar. As pessoas que tinham o costume de afastar suas sensações físicas (i. é, as que costumeiramente já eram mais ansiosas) e que tinham recebido a orientação de evitar pensar em suas sensações durante a experiência, mostraram-se mais estressadas do que aquelas que tinham sido motivadas a "não se preocupar"[61]. Não pensar em tais sensações físicas "funcionava" apenas com pessoas já pouco emotivas e pouco ansiosas...

3.2.3 Evitamentos sutis que ajudam a sobreviver, mas não a viver bem; e menos ainda, a vencer o medo

Os evitamentos podem ser até sutis. A menos que se aceite conviver com um pesado fardo de desvantagem social, nem sempre é fácil evitar algumas situações. Mesmo pacientes fóbicos se submetem a isso sob algumas condições. Ou dão um jeito para que o confronto não seja total, não olhando para aquilo que lhes causa medo, tentando pensar em outra coisa, fazendo com que se esqueçam deles em situações sociais, fazendo suas compras em horários descongestionados etc. ou então utilizando estratégias chamadas "contrafóbicas", para enfrentar seus medos com uma ajuda: antes de tudo, eles tomam calmantes (ou sempre os trazem no bolso), têm alguém junto consigo etc. Mas, por sutis que sejam, sempre se trata de evitamentos e seu papel tóxico e autoagravante é o mesmo.

Muitas vezes, tais evitamentos sutis são inconscientes aos olhos da pessoa fóbica, que os confunde com *preferências*: assim se transforma uma atitude doentia em pseudoescolha de vida. "Não gosto de fins de semana no campo" em vez de "Eu morro de medo de insetos"; "Não gosto de sentar onde se fica frente a frente no metrô, quando tem muita gente" em vez de "Sinto-me mal quando alguém me olha muito de perto"; "É melhor fazer compras com o supermercado mais vazio" em vez de "Entro em pânico quando tenho que esperar muito tempo numa fila".

Esta função intoxicante dos evitamentos "sutis" já pôde ser demonstrada experimentalmente: durante uma hora, os pacientes zoófobos ficaram expostos aos animais dos quais tinham medo (uma tarântula, uma serpente e um rato, todos em gaiolas de vidro à altura dos olhos). Se, durante a exposição, eram oferecidas distrações aos pacientes, depois de uma hora seu medo havia, paradoxalmente, diminuído menos do que se nenhuma distração tivesse sido dada[62]. Ou seja, o pequeno evitamento, representado pela distração oferecida, prejudicava o

processo de habituação ao estímulo fóbico. Mas isto depende também da intensidade dos medos: para pacientes muito ansiosos, a distração poderá ser necessária e até mesmo relativamente eficaz para diminuir o medo nas primeiras etapas dos confrontos[63]. Mas, a certa altura, será necessário abandonar estes subterfúgios e confrontar-se "a fundo".

3.2.4 Evitar os evitamentos...

Embora sejam compreensíveis, esses evitamentos são um dos principais problemas das fobias, porque mantêm intacto o medo. Quanto mais uma pessoa evitar aquilo que ela teme, mesmo que de maneira sutil, menos sua ansiedade diminui em longo prazo.

Por exemplo, entre os sujeitos panicosos, os agoráfobos (os que evitam lugares distantes de sua base de segurança) são aqueles cuja evolução espontânea os deixará mais incapacitados e serão os mais difíceis de tratar: seus evitamentos tornam sua doença crônica. Do mesmo modo, entre os indivíduos com fobia social, aqueles que têm uma personalidade evasiva, quer dizer, que "obedecem" à sua fobia parando de lutar e tornando mais esporádicos os contatos sociais (sob um leque de pretextos como "as pessoas nos decepcionam", "as conversas são cansativas"), são mais difíceis de tratar.

Um arsenal de atitudes evasivas está, portanto, no alvo principal dos esforços das pessoas fóbicas: não há possibilidade de curar um medo tão grande sem confrontação. Mas esta confrontação deve acontecer de acordo com regras muito precisas, que permitem o que se denomina uma "dessensibilização" do medo que, aos poucos, vai se desativar. É o que se chama também uma "habituação".

Se essas regras não forem respeitadas, corre-se um risco importante de, ao contrário, haver uma "sensibilização": o medo aumenta juntamente com os contatos. Trataremos dessas regras no próximo capítulo.

Graças aos esforços de confrontação, emocionalmente desgastantes, e que necessitam, geralmente, do acompanhamento de um terapeuta, descobre-se, paulatinamente, que os perigos de que se tinha medo na verdade não existem. Mas isso se descobre pela experiência concreta, na exposição à emoção do medo, e não na calmaria, à distância do perigo. Veremos como esta diferença é fundamental para "convencer" nosso cérebro emocional que é um pouco como São Tomé, que só acreditava no que via. Se há necessidade de confrontar-se para verificar que não existe perigo em fazê-lo, não é para convencer nossa razão ou nossa inteligência, pois elas o sabem perfeitamente. Todos os fóbicos sabem que seus medos são, senão imaginários, ao menos excessivos. Se é preciso se confrontar, é porque *viver* a ausência de catástrofes nas confrontações é infinitamente mais forte do que simplesmente *imaginá-la*. Nosso cérebro emocional é um cético: precisa não só de argumentos, mas também de provas...

Contudo, impor-se simplesmente o confronto pode não bastar. É necessário também mudar sua visão do mundo e dos perigos que ele pode ocultar. Ora, nesse sentido, a visão do mundo dos fóbicos é especialmente problemática...

3.3 Mecanismos psicológicos: o medo tem olhos grandes

"O medo tem olhos grandes", diz um provérbio russo.

Às vezes, esses grandes olhos dos fóbicos lhes servem de telescópio: eles percebem perigos de "muito" longe, e de lupa ou, mesmo, de microscópio. Detectam detalhes mínimos, que podem furtar-lhes a possibilidade de voltar atrás. Eles também são sujeitos ultralúcidos: vão muito além dos fatos e não hesitam em extrapolar e prever as piores consequências imagináveis em cada situação.

Assim, convidado a uma festa, um fóbico social começa a pensar nisso várias semanas antes. Quando chega o dia, ele sonda a fisionomia das pessoas presentes para detectar nelas o menor sinal de desprezo ou

agressividade. Terá enorme medo de ter que falar ou opinar sobre alguma coisa, achando que isso poderia colocá-lo imediatamente, e definitivamente, em ridículo, isso se ele tivesse a inconsciência de se arriscar a tanto.

As pesquisas modernas sobre o modo como os fóbicos percebem seu ambiente mostraram que:

- A atenção deles está focalizada de maneira patológica em seus medos: eles não "olham" o ambiente, "vigiam-no";
- Em caso de dúvida, eles preferem disparar o alarme: melhor sentir medo à toa do que tarde demais;
- Eles estão sempre construindo cenários catastróficos: para se proteger, é melhor prever o pior, e até ampliá-lo;
- Eles se perdem em suas sensações de medo.

Esses fenômenos psicológicos se formam e desenvolvem de maneira automática, escapando à vontade da pessoa e, às vezes, até à sua consciência. Daí a necessidade de conhecê-los para, ao menos, não ser totalmente dominado por eles, enquanto não se é capaz de impedir sua aparição, que tomará um pouco mais de tempo.

3.3.1 "Eu não olho, eu vigio"

As pessoas fóbicas, em geral, são hipervigilantes com relação a tudo que pode acionar um estímulo fóbico, e dispõem de uma capacidade extraordinária de perceber as informações que geram ansiedade no ambiente. Em um cômodo, um aracnófobo enxergará uma teia de aranha minúscula muito mais depressa do que todos os demais. Numa sala de espera, os fóbicos sociais irão imediatamente sondar quais rostos são simpáticos – não é preciso prever nenhum perigo por parte deles *a priori* – e quais rostos podem ocultar curiosidade, agressividade, desprezo –, é melhor prevenir-se e manter distância, e vigiá-los de canto de olho.

Essa hipervigilância, contudo, parece atingir também percepções inconscientes. Por exemplo, apresentando a fóbicos de serpentes imagens desses répteis numa tela encobertas, rapidamente, por imagens neutras, como de flores, percebe-se que sua reação fisiológica de estresse, medida de maneira objetiva através de condutores cutâneos, é equivalente àquela que se apresenta à vista de uma imagem sem disfarce[64]. O cérebro emocional "viu" a serpente, e lançou o alarme. O mesmo tipo de experiência foi realizado com fóbicos sociais[65]: o estímulo subliminar utilizado era, nesse caso, representado por semblantes humanos manifestando expressões faciais variadas. Quando as expressões faciais subliminares eram de hostilidade, elas perturbavam a resposta dos indivíduos no teste da tela, ao passo que as expressões neutras ou amigáveis não causavam nenhum incômodo. As reações de medo, portanto, são alimentadas por percepções que não são conscientes: por isso, as pessoas fóbicas, às vezes, podem sentir-se mal sem motivo claro, antes de descobrir onde estava o problema.

O problema é que esta hipervigilância automática aumenta igualmente a duração do mal-estar, pois, uma vez percebido o perigo, e se não podem fugir, os fóbicos preferem desviar o olhar, pois encarar é muito difícil[66]. O problema é que, detectado o perigo, tampouco é possível dar-lhe as costas... de modo que se cria um desconforto visível e um ir e vir incessante alternando vigilância e evitamentos visuais, na sequência clássica:

> 1) Eu passo o tempo investigando de onde poderia vir o perigo. 2) Quando foi detectado o perigo, é muito pavoroso e difícil manter o olhar sobre esta coisa terrível. 3) Por outro lado, também não devo tirar muito os olhos daquilo que me causa medo, pois isso poderia ser perigoso. 4) Enfim, a melhor solução seria mesmo fugir para não ter que suportar esse dilema.

A título de ilustração, uma equipe inglesa realizou há poucos anos uma pesquisa nesse sentido, com aranhas de verdade – tarântulas. Elas estavam dentro de uma caixa de vidro com uma saída, colocada

relativamente próxima de alguns voluntários portadores de fobia. O tempo que os voluntários passavam olhando as aranhas dependia do quanto elas se encontravam perto da saída da caixa. Se elas estavam longe da porta de saída, os voluntários evitavam olhá-las; mas se estavam próximas da saída, eles *não conseguiam evitar* ficar de olho nelas[67]. Talvez venha desse fenômeno a expressão "hipnotizado pelo medo"...

Recapitulando:

- O indivíduo fóbico não consegue evitar ficar "escaneando" seu ambiente em busca daquilo que pode causar-lhe medo, para saber se está ou não em segurança (para os fóbicos existem apenas duas zonas: as seguras e as perigosas). Para eles, sempre existem apenas duas questões importantes: 1) Existe algum perigo? O fóbico de gatos, ao chegar numa casa, vê imediatamente as marcas de arranhões nas poltronas da sala ou o prato no chão da cozinha; 2) Existe alguma solução? O claustrófobo observa rapidamente, logo que entra num local fechado, as saídas de segurança, os sistemas de fechamento das portas e das janelas...
- Como especialista do seu medo, o indivíduo fóbico detecta antes de qualquer pessoa a presença eventual de algum problema;
- Neste caso, ele fica dividido entre a necessidade de não olhar (por ser tão sofrível) e a de olhar (pois seria perigoso não ficar atento);
- Em suma, sua vida é muito complicada e, nessas circunstâncias, ele prefere abandonar os locais.

3.3.2 "Nunca se sabe..."

Devido a seu sentimento de extrema vulnerabilidade diante daquilo que lhe causa medo, o fóbico se sente obrigado a vigiar o ambiente de onde os perigos podem surgir a qualquer hora. Isto, com o risco de desgastar-se com toda esta vigilância ansiosa. Com o risco, também, de dar ouvidos a falsos alarmes, pois é como o vigia, convencido do perigo e da selvageria do inimigo: ele prefere acionar o alarme ao menor sinal.

Pesquisas mostram que, com um medo exacerbado, há a tendência de interpretar sinais neutros de maneira negativa. Por exemplo, se se passa um questionário a indivíduos com fobia social[68], descrevendo-lhes situações "ambíguas" de toda ordem; isto é, deixando margem a uma interpretação pessoal, positiva ou negativa, tais pacientes só as interpretarão negativamente se se tratar de situações sociais (amigos convidados para o jantar partem mais cedo do que o previsto), mas não se se tratar de situações não sociais (receber uma correspondência registrada).

Os estímulos "ambíguos" são inúmeros na vida diária, e sempre serão interpretados negativamente pelos indivíduos fóbicos: por exemplo, um animal imóvel, para um zoófobo ("ele está preparando seu ataque e vai se atirar sobre mim de repente"), um sorriso, para o fóbico social ("acho que inspiro piedade ou desprezo"), uma palpitação cardíaca mais forte, para o que é acometido pelo pânico ("pelo jeito, desta vez é um infarte").

A consequência prática é que os fóbicos, às vezes, têm razão, mais do que os outros, mas *geralmente* eles se enganam. Por exemplo, entre os fóbicos sociais: se tiverem que identificar rapidamente expressões faciais, em fotos apresentadas rapidamente[69], eles não deixarão passar praticamente nenhum rosto hostil (nenhum "falso negativo"), mas também irão equivocar-se classificando como hostis rostos reconhecidamente neutros para os experimentadores e indivíduos sem fobia social (muitos "falsos positivos"). Esta tendência a interpretar negativamente talvez seja, até, útil à sobrevivência, mas o é muito menos para a qualidade de vida. Não seria muito melhor desconfiar menos e assumir o risco de errar alguma vez, do que manter a milhas de distância todos os riscos e deixar de aproveitar a própria existência? Pelo contrário, para os fóbicos, renunciar à sua hipervigilância os expõe ao perigo, muitas vezes, um falso perigo, mas nem sempre. Quem pode me garantir que a pessoa de quem curei a fobia de cachorros não irá ser

novamente mordida, um dia? Eu, que não tenho fobia de cachorros, fui mordido diversas vezes. Se eu fosse fóbico, poderia tê-lo evitado. Mas, enfim, parece-me que uma mordida eventual na vida é um problema menor do que um medo obsessivo e a fuga diante do menor cachorrinho que se aproxima. Eu pude raciocinar dessa forma sozinho, porque minha amídala cerebral me permitiu que o fizesse. Senão, precisaria fazer terapia para chegar a essa conclusão.

Pelas mesmas razões – "melhor prevenir do que remediar" – os fóbicos também tendem a perceber as coisas de maneira dicotômica, ou seja, dividindo-as em duas – e somente duas – categorias extremas: segurança ou perigo. Este raciocínio de "oito ou oitenta" faz com que tenham dificuldade para introduzir nuanças em sua percepção do ambiente fobógeno. Por exemplo, alguém com fobia de cachorros enxergará todos os cachorros como potenciais mordedores, quando um não fóbico será capaz de ver a diferença entre um cão agressivo (orelhas voltadas para trás, dentes à mostra, rosnando) e um cão não ameaçador. Um indivíduo que sofre de pânico de lugares públicos, por sua vez, terá dificuldade de admitir que os batimentos mais acelerados de seu coração devam-se à caminhada um pouco mais rápida, ou ao excesso de café, e não ao início de um infarto do miocárdio. Por isso, é necessário desenvolver uma leitura gradual e flexível da periculosidade de cada situação. Entre o "é arriscado demais" do fóbico, e o "não tem nenhum risco" dos que estão com ele, convicção contra convicção, o terapeuta procura fazer valer um discurso intermediário: "É possível ver o perigo chegar e aprender a enfrentá-lo".

3.3.3 "Eu produzo um filme assustador"

> Eu tenho fobia de grandes alturas. Evidentemente, nem penso em passar as férias esquiando ou na montanha, ou mesmo passear sobre um viaduto, mas com isto é possível lidar. O problema é que até as sacadas ou as janelas nos andares me deixam completamente doente. Só de olhar os outros se aproximarem já fico com medo. E o pior de tudo é quando minha filha se aproxima de uma sacada. Instantaneamente, eu

> a imagino se desequilibrando, caindo no vazio e morrendo. Isto passa tão rápido em minha cabeça que logo imagino seu funeral...

"Eu antecipo, interpreto e amplio" é, de certa forma, a divisa psicológica das pessoas fóbicas. Esta tendência faz tão completamente parte de seu panorama mental que acaba nem chamando mais a atenção. Contudo, esta força extrema de sua imaginação deve ser para essas pessoas objeto de vigilância, pois, às vezes, elas nem precisam "ver" o objeto de seu medo para se sentirem mal. Com efeito, a maioria dos estudos sobre as percepções fóbicas é realizada a partir de estímulos visuais, pois se tende a pensar que a imagem seja o meio mais forte de desencadear o medo. Mas isto nem sempre é tão evidente. Uma pesquisa sobre os aracnófobos quis analisar se um estímulo visual (uma imagem de aranha) seria mais forte para provocar a fobia do que um estímulo linguístico (a palavra "aranha"). Na verdade, contra as expectativas dos pesquisadores, foi a palavra, mais do que a imagem, que provocou a perturbação mais importante[70]. Isto confirma o grande papel das representações mentais – isto é, da imaginação – nas fobias. É provável que a palavra "aranha", desacompanhada de outras informações, evoque imediatamente num fóbico a imagem de uma aranha enorme, negra, peluda, dotada de longas pernas e tentáculos, vibrante e pronta para saltar sobre tudo que se mexe... enfim, uma imagem bem mais aterradora do que qualquer imagem de aranhas num vídeo!

3.3.4 "Eu mergulho em mim mesmo"

Os indivíduos fóbicos tendem a focalizar sua atenção sobre si mesmos por causa, sobretudo, da intensidade de suas emoções dolorosas. Como defensores de seu corpo, elas ficam mais atentas ao seu mal-estar interior do que à situação exterior. Depois de um contato com alguém, as pessoas que sofrem de fortes medos sociais lembram-se de muito menos detalhes deste intercâmbio do que as pessoas com pouco medo social.

Durante a conversa, o essencial de sua energia mental está orientado para a autovigilância e ocupado com a dissimulação de seu mal-estar[71].

Esses indivíduos também são vítimas daquilo que se chama o *raciocínio emocional*, que emite um juízo sobre a periculosidade da situação a partir das respostas emocionais. Se meu coração bate forte, é porque há perigo. Se me *sinto* numa situação desconfortável, é porque a situação é desconfortável etc.

Tal tendência ao raciocínio emocional está presente nas crianças[72], mas também nos adultos[73]. Ela leva a uma interpretação acrítica das próprias sensações físicas como sinais válidos de perigo: de certa forma, se dá confiança a seu medo cegamente. Porque o alarme disparou, pensa-se que o perigo realmente existe. Ora, nas fobias, este alarme se encontra gravemente desregulado...

Isto explica o fato de os pensamentos ligados ao medo, automáticos e muito rápidos, poderem conduzir, em certos casos, a uma verdadeira espiral de pânico: o fóbico começa a se sentir mal fisicamente (com palpitações cardíacas, sensações vertiginosas, dificuldades respiratórias e necessidade de suspirar, ou diversos outros sinais físicos). Neste momento, ele interpreta tais sinais como uma ameaça ("vai me acontecer alguma coisa", o que acaba aumentando ainda mais seu medo e agravando as manifestações, de modo que ele se coloca totalmente em estado de alerta: focalizando assim essas manifestações, ele as percebe ainda mais claramente, e interpreta que elas estão piorando ("de repente, sinto mais e mais manifestações físicas aumentarem, sem dúvida estou piorando, isso é mal sinal")... e a angústia vai aumentando, até levar ao pânico.

3.3.5 Inteligência sob influência: é possível interferir?

Esses processos todos são chamados de "pré-atencionais", pois não dependem da vontade da pessoa. Eles tendem a disparar alarmes, muitas vezes, inúteis, e são cansativos para os indivíduos. Serão eles parte das

causas ou das consequências dos medos extremos? Não sabemos, mas eles podem ser tratados. Alguns estudos, de fato, evidenciaram o efeito benéfico das psicoterapias adaptadas sobre as perturbações atencionais: foi demonstrado que, após uma sessão de terapia comportamental por exposição, os indivíduos ficavam significativamente menos perturbados por estímulos fobógenos subliminares[74].

Não se trata de exercer um controle total sobre esses processos. Isto não seria nem desejável, nem possível. Como eles representam, de alguma maneira, os detectores do alarme do medo, é útil que sejam sensíveis, mas não demais: é preciso poder regulá-los corretamente, em função das circunstâncias da vida, normais ou excepcionais. Devo poder regular para o máximo meu sistema de medo de animais em determinadas circunstâncias – se estiver andando na floresta amazônica – e regulá-lo para o mínimo em outras – se estiver passeando numa região tranquila do campo.

Ora, o sistema de alarme que é o medo é muito rígido nas fobias: está sempre regulado ao máximo. Então, na terapia procura ajudar o paciente a aprender a modular tudo isto, por meio de técnicas psicológicas específicas. De uma parte, tentando observar mais aquilo que causa medo e não preocupando-se tão sistematicamente com a vigilância do ambiente e, de outra, aprendendo a modular suas interpretações automáticas. Isto não é fácil, pois as capacidades de raciocínio das pessoas fóbicas ficam fortemente tomadas por seus processos emocionais: nesse caso, a inteligência está sob a influência do processo emocional. Veremos o porquê disso, e também como, ao lado dos esforços comportamentais e do distanciamento psicológico, deve haver todo um terceiro tipo de ações, agora, sobre as emoções...

3.4 Mecanismos emocionais: é possível escapar da psicobiologia do medo?

- “Nesses momentos, eu pareço louca.”

"Fico com medo de fazer alguma loucura por causa da emoção."

- "Meu corpo e minha mente não me obedecem, eu pareço o motorista de um carro em que nem o volante nem os freios funcionam: perdi o controle."

"Sinto-me desprotegida, paralisada, incapaz de agir ou de decidir, como uma lebre petrificada pelos faróis de um carro, que vai acabar atropelada, pois não há como ir para frente ou para trás."

Todas as pessoas que sentiram a mordida do medo podem descrever perfeitamente a intensidade de sua dimensão emocional. E os indivíduos fóbicos, que a sentem regularmente, também podem contar a que ponto esta ativação emocional é dolorosa, difícil e invalidante. É praticamente tão fácil para um fóbico controlar um ataque de pânico quanto para um alérgico controlar uma crise de asma... há uma razão muito simples para isso: a reação de medo repousa sobre uma realidade biológica de grande força. Existe um centro cerebral do medo, uma zona do cérebro chamada "amídala cerebral". Esta denominação vem do latim *amygdalus*: amêndoa, devido à forma alongada desta região*. É a amídala que decide acionar esta reação de alarme que é o medo. Em condições normais, seu funcionamento é regulado pelas estruturas cerebrais vizinhas, encarregadas, seja de filtrar as informações que serão avaliadas como necessitando ou não de uma reação de medo, como também de controlar a intensidade do medo, para que não seja contraprodutivo; se for muito intenso, o medo não nos ajuda a tomar as melhores decisões diante do perigo.

Pudemos verificar a função da amídala de diversas maneiras. Em animais de laboratório, se destruirmos ou anestesiarmos esta região precisa, seu comportamento de medo se modifica consideravelmente. Faz-se, assim, desaparecer o medo de serpentes nos macacos, que, dessa forma, se aproximam e se põem a mexer com os répteis sem nenhuma apreensão. Parece que mesmo a memória do medo fica alterada. Mesmo

que tivessem sido mordidos pelas serpentes, esses macacos voltavam logo a analisá-las de perto. No rato, o que desaparece é o medo de gatos. Ratos com as amídalas lesadas se aproximam sem cuidado dos gatos, e até ousam mordiscar-lhes as orelhas, o que, na natureza, lhes traria sérios problemas. Note-se que os gatos tinham sido anestesiados, antes; se não, o teste não poderia ser feito! Inversamente, a estimulação por eletrodos desta região da amídala cerebral provoca reações de medo exageradas nos animais, mesmo em absoluta ausência de qualquer perigo ou contexto que lembre algum perigo...

3.4.1 O circuito cerebral do medo: cenário biológico de uma sequência de pavor

O circuito cerebral do medo, hoje, é bastante conhecido em suas linhas gerais.

Já há muitos anos sabemos que sob o nosso córtex – uma zona de aptidões mentais complexas, principalmente em sua parte frontal – existe um cérebro emocional um pouco mais rústico, que partilhamos com nossos primos do reino animal. Quando se colocam fóbicos diante de seus objetos de temor, observa-se um aumento muito significativo do débito sanguíneo nesta parte do cérebro, sede da ativação emocional[75]. Como descrever de maneira simplificada esse circuito cerebral do medo?

Nossos órgãos sensoriais (visão, audição, olfação...) recebem informações do ambiente indicando a presença ou a possibilidade de um perigo; por exemplo, uma serpente ou uma corda no chão parecida com uma serpente.

Essas informações irão acionar a amídala cerebral, que lança um primeiro alarme corporal, sob a forma de uma reação de vigília, de posição de tensão.

Depois, a pertinência deste alarme é avaliada por diversas estruturas cerebrais próximas da amídala, envolvidas no "circuito do medo", principalmente o hipocampo, uma zona que pertence também ao cérebro emocional, e age independentemente de nossa vontade, e o

córtex pré-frontal, que age em parte – e apenas em parte – em função de nossa vontade.

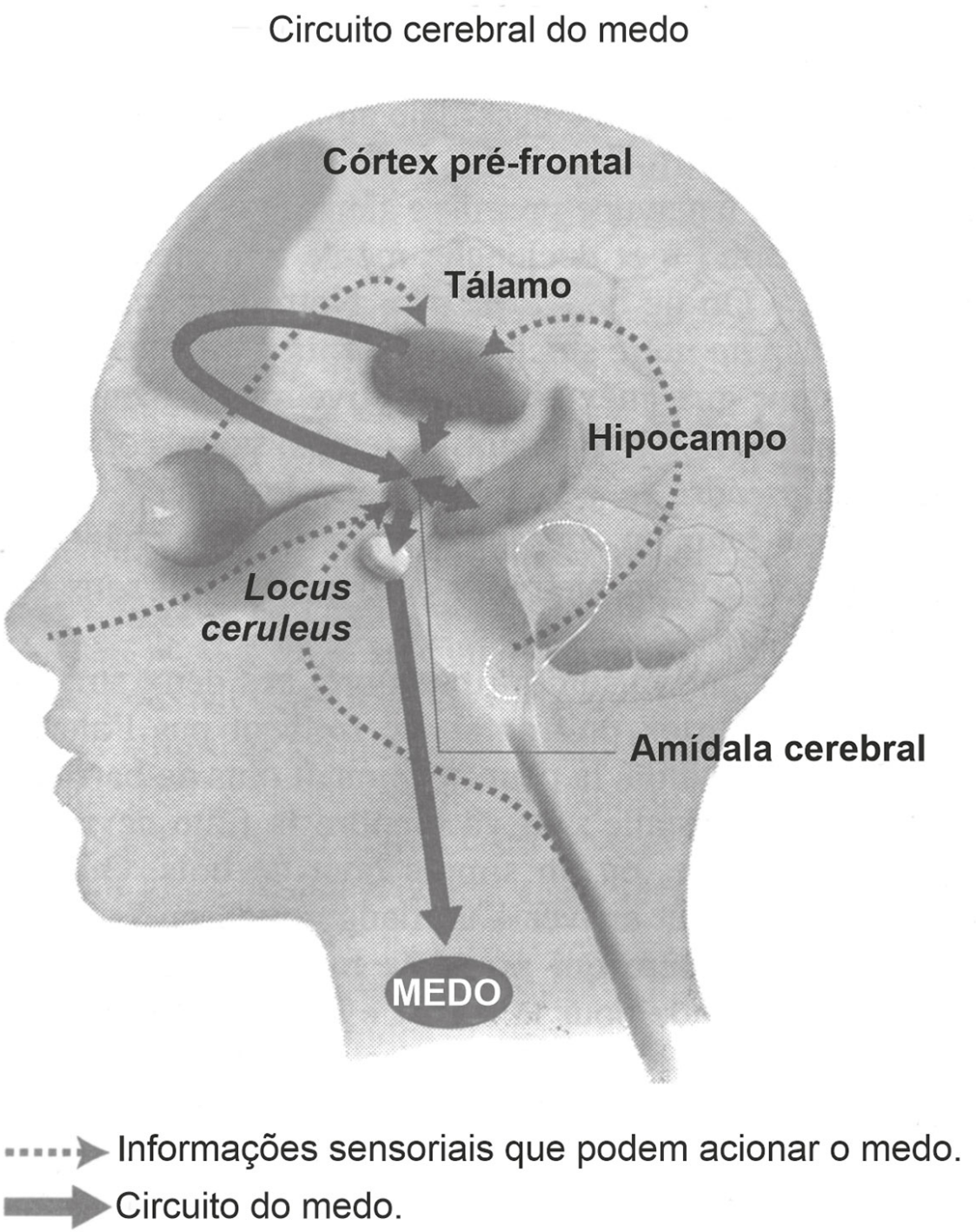
O nódulo cerebral denominado "hipocampo" exerce, entre outras, a função de fazer comparações com nossas experiências passadas: "Já me deparei com uma situação assim e isto me ocasionou problemas sérios?" O hipocampo também é capaz de considerar o contexto em torno do objeto do medo. Por exemplo, um leão enjaulado nos provoca um discreto arrepio de medo (a amídala dispara, de todo modo, uma pequena reação de alarme), mas o fato de ele estar enjaulado freia nosso medo. Os fóbicos não gozam do benefício deste freio contextual: para eles, qualquer estimulação fóbica é levada a sério, e em primeiro plano. O contexto exerce apenas um papel secundário. Por exemplo, os medos das fobias sociais severas podem ocorrer inclusive diante de amigos ou parentes, se os olhares e a atenção se acham direcionados para eles.

O córtex pré-frontal, por sua vez, funciona como regulador das reações automáticas de medo. É ele que deve integrar todas as informações sensoriais, emocionais, culturais, pessoais... para obter um plano de ação adequado às necessidades e ao contexto da situação encontrada**.

Retomemos o exemplo da serpente, ou da silhueta de serpente, avistada no chão durante uma caminhada. Nossos olhos percebem a silhueta: "Forma sinusoidal no chão, sombra, aparentemente imóvel". Eles transferem a informação à nossa amídala cerebral, que lança um primeiro alarme: "Atenção! Atenção! Forma suspeita!", e aciona inclusive um primeiro procedimento de sobrevivência: "Não se mexa!" Nosso hipocampo percorre então, rapidamente, nosso registro de lembranças: "Esta forma está registrada em minha memória coletiva ou pessoal como fonte de perigo?" Durante este tempo, nosso córtex pré-frontal tenta assumir o comando das operações: "Continue mantendo-me informado,

mas, aproximando-se com cuidado para observar, vamos ver de que se trata sem correr riscos exagerados".

Se, por um motivo ou outro, estas duas estruturas, hipocampo ou córtex pré-frontal, não interromperem o alarme disparado pela amídala, então nada segura mais o medo, e o pânico se instala: iremos fugir disparados diante de uma inofensiva cobra-cega ou um simples galho de árvore. Ou ainda, se houver um perigo real – o que pode acontecer –, ficaremos aterrorizados diante de uma víbora em fuga, e teremos ainda mais medo daí para frente: "De agora em diante, meus filhos não irão mais passear na floresta, é muito perigoso". E, infelizmente, assim mais ainda o pânico ou princípios de pânico se repetem, ou seja, mais as fobias continuam presentes no comando dos comportamentos diários, mais esse circuito biológico do medo se intensifica e torna-se funcional. As crises de medo podem, então, deslanchar sozinhas, de formas aparentemente absurdas, um pouco como um programa desregulado que se lançasse sozinho na tela do seu computador, depois de um comando que você nem mesmo lembra ter dado atenção...



3.4.2 As relações entre amídala e córtex pré-frontal: combate ou colaboração?

Nos medos patológicos é claramente a amídala que detém o poder. Esse fenômeno pode ter diversas causas. Geralmente, trata-se de

predisposições temperamentais (cf. o capítulo precedente), ou de experiências de vida traumatizantes. Pois a amídala "aprende" e memoriza perfeitamente as experiências e condicionamentos de medo.

Graças às técnicas de neuroimagem, que permitem visualizar quais regiões do cérebro encontram-se implicadas nas diferentes situações vitais, o papel da amídala pôde ser analisado. Assim, a reação emocional dos pacientes com fobia social diante de fotos de rostos encolerizados ou expressando desprezo é maior do que a dos indivíduos sem fobia social, e esta reação é objetivada por uma maior ativação (exame por ressonância magnética) da zona da amídala cerebral[76].

Um estudo muito interessante foi realizado recentemente para descobrir o que acontece em nosso cérebro quando tomamos a palavra em público[77]. Todos sentimos certo nervosismo nessas situações, mas para os fóbicos sociais esse nervosismo vem acompanhado da incapacidade total de reunir seus pensamentos, suas lembranças ou, o que é pior – em caso de prova oral –, seus conhecimentos. A imageria cerebral revelou que, entre os indivíduos acometidos por um nervosismo "normal", tomar a palavra em público aumentava, sim, a irrigação sanguínea da região da amídala (o que mostra que eles também sentiam medo), mas, sobretudo, aumentava o consumo de oxigênio nas diferentes regiões corticais, conforme o aporte da energia necessária para mobilizar os recursos intelectuais, a fim de enfrentar a situação. Com os fóbicos acontecia o inverso: uma ativação muito forte da amídala e, em comparação com os não fóbicos, menor irrigação sanguínea das regiões do córtex. Tais resultados correspondem exatamente ao que nos contam os pacientes que sofrem de grandes medos sociais: "Eu senti um grande vazio na cabeça, era impossível fazer meu cérebro funcionar, como um grande branco. Eu estava em pânico, de forma excessiva, absurda, animal..."

Esta impressão de uma catástrofe, de um enorme desconforto interior, é a amídala funcionando a pleno vapor. A cabeça vazia são as zonas corticais totalmente desorientadas pelo alarme imponente, onipresente, terrificante, lançado pela amídala.

3.4.3 Limitados pelo medo

Por que uma zona cerebral mais arcaica toma o poder sobre zonas mais "nobres" e mais "evoluídas"? Porque nosso cérebro possui redes sinápticas mais numerosas no sentido amídala-córtex pré-frontal do que o contrário. É porque a amídala sempre é alertada por primeiro: diante de uma ameaça, nosso corpo sempre sente medo antes de nosso espírito[78].

Nós somos controlados pelo medo desde que nascemos e é a vida que nos ensina a desenvolver uma capacidade de selecionar nossos medos por aquilo que nos ensinam, pelo que observamos ao nosso redor, pelo que pessoalmente experimentamos... Nosso cérebro, este maravilhoso computador pessoal, vem, como que, equipado no padrão evolutivo com um programa que nos prepara a sentir o maior número de medos possível. É provável que aquilo de que somos equipados seja o mesmo de que eram equipados nossos ancestrais, mas os perigos que encontramos não são os mesmos, de onde a necessidade de uma modulação e uma flexibilização. Em função de seu ambiente, cada ser humano vai regulando seu sistema de medos: a sensibilidade para alguns medos será regulada em um nível mais baixo. Os medos úteis à sobrevivência cotidiana, porém, serão regulados de maneira mais sensível. E, em todo caso, podemos alterar esta regulagem se nossas necessidades ou nosso ambiente se modificarem. Além disso, as reações de medo não "invadem" a cada passo nosso computador: nós não sentimos constantemente ataques de pânico diante dos problemas.

Desse modo, não temos necessidade de *aprender a ter medo* (já somos equipados para isto por natureza), mas, sim, de aprender *de que* ter

medo, e também, de que *deixar de* ter medo!

3.4.4 Diversos tipos de desregulagens ligadas à biologia do medo

Todas as pesquisas científicas que menciono aqui não têm nada de abstrato, mas correspondem exatamente ao que descrevem as pessoas que sofrem de grandes medos...

Primeiro, os medos que rapidamente se transformam em pânico, e o medo de ter medo: "Eu faço de tudo para não me achar em situações inquietantes, porque, se meu medo se solta, sei que não consigo mais segurá-lo".

Depois, os medos autoinflamáveis, que podem principiar totalmente ou praticamente sozinhos, a partir de nada ou de quase nada: um pensamento, um olhar ou um silêncio, um batimento do coração mais forte do que os outros, um despertar no meio da noite... Veremos que o sistema nervoso simpático dos pacientes fóbicos está sempre num nível de funcionamento bastante elevado (em linguagem corrente, eles estão sempre "tensos"), o que explica esses incêndios que ocorrem no auge do verão, depois de dias muito quentes.

Por fim, os medos que retornam: a fobia tem memória longa. Mesmo depois de se ter feito progressos, enfrentado vitoriosamente seus temores, mudado sua visão de mundo (diminuído os cenários catastróficos), o medo sempre pode *reaparecer*, como aquele refrãozinho insistente que sempre nos volta e que ninguém aguenta mais ouvir... O fato é que nosso cérebro nunca esquece seus medos e os conserva arquivados, dormindo. Portanto, mesmo depois de termos vencido nossos temores, pode ser suficiente o confronto com uma situação outrora relacionada ao pânico, somada a uma fragilidade momentânea, para que uma onda de pânico retorne. Isto pode desencorajar os mais frágeis: "Todos esses esforços para nada..." Mas, na realidade, esses retornos do medo são totalmente controláveis pelos pacientes que foram orientados a respeito, e principalmente aqueles que treinaram na terapia

comportamental: eles sabem perfeitamente o que fazer para controlar a extensão do medo e colocá-lo novamente para fora de cena, se antigos reflexos emocionais se aventurarem a apontar novamente na sua frente.

3.4.5 Como "acalmar" a amídala cerebral

Não é simplesmente por estar ancorado na biologia que um fenômeno é irremovível.

O que funciona em um sentido – a sensibilização ao medo – pode funcionar no oposto – dessensibilização. Pesquisas recentes e apaixonantes mostraram que as anomalias cerebrais associadas aos problemas fóbicos podiam se normalizar com tratamento, seja com medicamentos ou com psicoterapia[79]. Esse fenômeno chamado "neuroplasticidade cerebral" é um dos assuntos mais envolventes dos últimos anos para a pesquisa em psicologia e psicoterapia[80]: ele relembra, nada mais, nada menos, que nosso cérebro está em evolução contínua em função das experiências que vivemos. Posso agir sobre meu cérebro, posso reconfigurá-lo para que as emoções patológicas que sinto não sejam mais uma fatalidade.

Isto, porém, só pode ser feito de maneira progressiva. Trata-se de um verdadeiro aprendizado. Se eu quiser aprender a tocar um instrumento musical, ou falar inglês, terei que dedicar tempo a isso. E não basta aprender a teoria, mas praticar regularmente. Na luta contra a fobia acontece a mesma coisa: posso aprender a dominar meus medos excessivos, mas isso exigirá esforços, com uma certa duração. Algumas semanas ou alguns anos, dependendo das fobias e de quanta ansiedade lhes está associada. Cuidado, isto não quer dizer que é necessário todo este tempo para começar a melhorar, pois os primeiros benefícios podem vir rapidamente. Mas significa que este tempo será necessário para realmente se sentir em segurança, ou seja, não fora do alcance do medo (isto não é possível nem desejável) mas capaz de regulá-lo.

Um de meus pacientes me fez, um dia, a seguinte comparação: "Hoje eu me sinto com meus medos como um domador na jaula dos animais ferozes. Continuo receoso, mas sou eu que comando. Eu não passo a vida dentro da jaula, mas, sempre que tiver que entrar nela, eu sei que consigo fazê-lo. E, às vezes – apenas às vezes – eu percebo que dominar meu medo em certas circunstâncias me dá uma certa satisfação..."

1) Coragem e discernimento

A luta contra os medos fóbicos obedece bastante bem os princípios da filosofia estoica e de sua célebre oração: "Dá-me coragem para mudar as coisas que eu puder mudar, força para suportar as que não puder, e inteligência para perceber a diferença entre elas".

Coragem, eis o que os indivíduos fóbicos precisam ter, ainda mais porque os medos contra os quais eles lutam são coisas invisíveis aos olhos dos outros. Ninguém, fora do círculo de seus amigos e familiares, e de seu terapeuta, os admirará na justa medida. Eles travam seu combate em segredo.

Eles também precisam de força de espírito para aceitar as dificuldades encontradas no caminho, os revezes – mesmo transitórios. O medo é um adversário teimoso, e não basta decidir lutar contra ele, e começar a fazê-lo, para que a coisa se resolva. Os avanços acontecem em forma de ziguezague, mais do que em linha reta. Não é uma batalha que se tem que ganhar, mas uma guerra!

Essas pessoas precisam dar provas de tenacidade, pois, como vimos, o trabalho de pacificação emocional que elas precisam realizar é longo. Trata-se, nada menos que de reconfigurar o funcionamento de seu cérebro, e, além do mais, de zonas particularmente pouco acessíveis à nossa vontade.

Finalmente, elas precisarão do discernimento para que os esforços empreendidos em confrontar seus medos não sejam violências

cometidas contra si mesmas. Veremos que é preciso se estimular e se encorajar, e não se desgastar e repreender. É uma combinação sutil de exigências feitas a si mesmo e de tolerância que costuma ser mais eficaz.

Nesse assunto, é geralmente o terapeuta que mostra o caminho, motivando o paciente, sem nunca esquecer que o que ele pede é uma tarefa difícil. Quando eu motivo meus pacientes fóbicos a enfrentar situações que os angustiam, às vezes me acontece de ter escrúpulos, pois percebo o quanto é doloroso o que lhes faço passar. Com certeza estaríamos bem mais tranquilos se nos puséssemos simplesmente a discutir sua infância no meu escritório, em vez de ficarmos entrando em metrôs, correndo atrás de pombos ou perguntando nosso caminho a todos os passantes da rua.

Mas quando, no fim da terapia, eu lhes pergunto o que os ajudou mais, todos, sem exceção, respondem-me: "Você me fez enfrentar meus medos..."

---

60. KOSTER, E.H.W. et al. The paradoxical effects of suppressing anxious thoughts during imminent threat. *Behaviour Research and Therapy*, 41, p. 1.113-1.120, 2003.

61. FELDNER, M.T. et al. Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41, p. 403-411, 2003.

62. RODRIGUEZ, B.I. et al. Does distraction interfers with fear reduction during exposure? *Behavior Therapy*, 26, p. 337-349, 1995.

63. JOHNSTONE, K.A.; PAGE, A.C. Attention to phobic stimuli during exposure: the effect of distraction on anxiety reduction, self-efficacy and perceived control. *Behaviour Research and The rapy*, 42, p. 249-275, 2004.

64. ÖHMAN, A. et al. Unconscious anxiety: phobic responses to masked stimuli. *Journal of Abnormal Pychology*, 103, p. 231-240, 1994.

65. WELLS, A. et al. Social phobia: a cognitive approach D. In: *Phobias, a Handbook of Theory, Research and Treatment*. Chichester: Wiley, 1997.

66. TOLIN, D.F. et al. Visual avoidance in specific phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, p. 63-70, 1999.

67. THORPE, S.J. et al. Selective attention to real phobic and safety stimulus. *Behaviour Research and Therapy*, 36, p. 471-481, 1998.

68. STOPA, L.; CLARK, D.M. Social phobia and interpretation of social events. *Behaviour Research and Therapy*, 38, p. 273-283, 2000.

69. WINTON, E.C. et al. Social anxiety, fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others. *Behaviour Research and Therapy*, 33, p. 193-196, 1995.

70. LAVY, E. et al. Selective attention evidence by pictorial and linguistic stroop tasks D. *Behavior Therapy*, 24, p. 645-657, 1993.

71. HOPE, D.A. et al. Social anxiety and the recall of interpersonal information. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4, p. 185-195, 1990.

72. MURIS, P. et al. The emotional reasoning heuristic in children. *Behaviour Research and Therapy*, 41, p. 261-272, 2003.

73. ARNTZ, A. et al. "If i feel anxious, there must be danger": ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, p. 917-925, 1995.

74. LAVY, E. et al. Attentional bias and spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, p. 17-24, 1993.

* Eu me referirei a amídala cerebral no singular, já que existem duas, uma em cada hemisfério cerebral. Sabe-se também que as amídalas se dividem em diversos nós, tendo cada um uma determinada função. Mas esses detalhes não são necessários aqui. O leitor interessado pode se reportar a LeDOUX, J. *Psychobiologie de la personnalité*.

75. RAUCH, S.L. et al. A positron emission tomographie study of simple phobic symptom provocation. *Archives of General Psychiatry*, 52, p. 20-28, 1995.

** Evidentemente, as informações de anatomia funcional que aqui apresento ao leitor são muito simplificadas. Os conhecimentos científicos atuais nos permitem supor um circuito ainda mais complexo. Algumas informações sensoriais, sobretudo visuais e auditivas, recebem um primeiro tratamento no *tálamo*, uma zona central do cérebro; existem dois circuitos cerebrais capazes de acionar o alarme de medo: um curto entre o tálamo e a amídala, e um longo, no qual o córtex se interpõe entre essas duas estruturas. Existem ainda outras partes do cérebro envolvidas, como o *nódulo ventral da estria terminal*, que asseguraria, de certa forma, a passagem do medo à ansiedade, ou como o *locus ceruleus*, que obedece às ordens da amídala e aciona as reações físicas de medo no organismo... Também aqui, remeto o leitor a LeDOUX, J.

Psychologie de la personnalité, e também a seu site, hospedado pelo Centro de Neurociências da Universidade de Nova York: cns.nyu.edu/home/ledoux

76. STEIN, M.B. et al. Increased amygdala activation to angry and contemptuous faces in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 59, p. 1.027-1.034, 2002.

77. TILFORS, M. et al. Cerebral blood flow in subjects with social phobia during stressfull speaking tasks: a PET study. *American Journal of Psychiatry*, 158, p. 1.220-1.226, 2001.

78. WILLIAMS, L.M. et al. Mapping the time course of nonconscious and conscious perception of fear: an integration of central and peripheral mesures. *Human Brain Mapping*, 21, p. 64-74, 2004.

79. FURMARK, T. et al. Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 59, p. 425-433, 2002.

80. GORMAN, J.M. (org.). *Fear and Anxiety: the Benefits of Translational Research*. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2004.

4
Como enfrentar o medo: primeiros passos

Devemos tornar a vida impossível para nossos medos, senão são eles que tornam nossa vida impossível.

Eis alguns conselhos para bem conduzir esta reconquista de nossa liberdade, e alguns exercícios para fortalecer nossa capacidade de enfrentar o medo. Saiba como preparar e levar a bom termo os tratamentos de que iremos tratar num próximo capítulo. E, principalmente, eis a regra principal: é impossível fazer o medo recuar sem entrar na arena. Para dominar seus medos é preciso lutar contra eles, com frequência e com regularidade.

> *À luta! Preciso aproveitar a vida, encontrar a alegria de viver, senão estou perdido. Mas, como, como o farei?*
> JOLLIEN, A. *Le métier d'homme*.

"Se continuas fazendo o que sempre fizeste, não te admires por teres o que sempre tiveste." Felipe, um de meus pacientes, tem grande orgulho em me mostrar esta frase escrita num pedaço de papel: "Encontrei esta citação, e achei que o senhor gostaria dela, doutor". Há algumas sessões estamos trabalhando juntos no intuito de modificar todos os hábitos diários que alimentam o seu medo, que contribuem para fortalecê-lo e fazê-lo durar. Felipe entendeu perfeitamente a mensagem: o mais importante, numa terapia, é o que acontece quando o terapeuta não está mais lá, ao lado do paciente. Mesmo que encontremos nossos pacientes uma hora por semana, haverá outras cem horas durante as quais eles estão sozinhos para confrontar-se com sua fobia...

No próximo capítulo, analisaremos o que acontece numa terapia, mas antes disso vamos retomar os esforços pessoais indispensáveis que

devem ser realizados no dia a dia. Todos os conselhos contidos nestas páginas nunca poderão substituir uma verdadeira psicoterapia para quem sofre de um medo sério e antigo. Contudo, eles são companheiros indispensáveis nesta terapia, um complemento e uma prolongação dos esforços que o terapeuta pedirá ao paciente. São também, e principalmente, a base dos esforços de manutenção que serão feitos uma vez que o paciente tiver atingido seu objetivo: recolocar o medo dentro de limites normais e aceitáveis.

Eis, então, os dez mandamentos da luta antimedo que iremos detalhar em seguida: 1) Desobedeça seus medos; 2) Informe-se sobre o que realmente lhe causa medo; 3) Deixe de ter medo do medo; 4) Modifique sua visão de mundo; 5) Confronte o medo seguindo certas regras; 6) Respeite-se e faça com que os outros respeitem seu medo; 7) Reflita sobre seu medo, sua história e sua função; 8) Cuide de você; 9) Aprenda a relaxar e meditar; 10) Mantenha seus esforços por muito tempo.

4.1 Desobedeça a seus medos

Imagine que num belo dia uma pessoa chega e se instala em sua casa sem que você a tenha convidado. Ela se acomoda, começa a acostumar-se. Serve-se de sua geladeira, dorme no seu sofá, anda o tempo todo com você. Logo começa a dar ordens a você: "Coce minhas costas, traga-me o café na cama, amarre meus sapatos, deixe-me sua cama e vá dormir no sofá..." Se você obedecer às suas ordens, que motivo teria esta pessoa para sair de sua casa? Nenhum! Quanto mais você se lhe submeter, mais o hóspede indesejável tomará liberdades em sua casa, e não terá nenhuma razão para ir embora.

Pois bem, é exatamente isso que acontece com o medo. Se você lhe der ouvidos cada vez que ele diz "Não faça isso", "Baixe os olhos", "Passe ao largo", "Fuja daqui", "Não saia sozinho", então o medo não terá nenhum motivo para diminuir, e menos ainda para desaparecer.

Muitas vezes proponho a meus pacientes esta metáfora do "hóspede indesejável" para fazê-los refletirem sobre a relação de tolerância, de total submissão que eles mantêm com seu medo excessivo, às vezes, sem mesmo dar-se conta disso. É preciso considerar a fobia como um hóspede indesejável, para quem vamos fazer de tudo com o objetivo de que queira abreviar sua permanência conosco. É preciso tornar a vida impossível para a fobia; pois, caso contrário, ela é que tornará a vida impossível para nós.

Esta evidência não é tão clara aos olhos de muitas pessoas que sofrem de fobias. Depois de longos anos de convivência, algumas pessoas acabam não conseguindo mais diferenciar muito bem quando são movidas por interesses seus e quando o são pelos interesses de sua patologia. Contudo, uma reflexão e um distanciamento assim são imprescindíveis, pois os interesses dos dois lados são radicalmente antagônicos: quando as pessoas gostariam de tornar-se autônomas e serenas, a fobia chega com sua tendência de conservar a dependência e o medo. É, portanto, essencial que nos dissociemos de nosso medo, que compreendamos que nossos interesses divergem dos dele. Senão, passado algum tempo dessa evolução, os evitamentos impostos pelo medo tendem a apresentar-se como pseudoescolhas pessoais. E então o paciente começa a falar assim: "Eu não gosto de sair à noite porque é chato, só se fala de dinheiro e de coisas superficiais", quando, na verdade, deveria dizer: "Sair à noite me causa medo, pois não sei o que falar, tenho receio de ficar de lado ou mesmo de chamar atenção sobre minha inquietação ou meu silêncio forçado". Ou ainda: "Eu não tomo mais o metrô porque é muito arriscado e tumultuado", ao invés de dizer: "Morro de medo que haja um problema entre duas estações e eu fique sufocado ou entre em pânico". No final das contas, por causa da fobia, os evitamentos passam a ser considerados uma opção pessoal e não são mais percebidos. Porém, continuam sendo renúncias nocivas.

Por isso, é preciso ousar desobedecer aos medos, ao menos aos medos excessivos, e declarar guerra contra eles.

Obviamente, eles não vão entregar-se facilmente. Quando encaramos aquilo que a fobia quer que evitemos, temos a sensação automática de que aumentam o medo e o desconforto emocional. Mas lembre-se que obedecendo à fobia, com os evitamentos, você está pagando caro pela sua tranquilidade: por um pouco de tranquilidade momentânea, você sacrifica seu futuro. Consentir com este tipo de conforto no presente é renunciar à sua liberdade futura.

Veremos que estes esforços que você faz para se confrontar com o medo, no fim, não custam tanto assim, pois o prazer de começar a conquistar pequenas vitórias sobre o medo ajuda a esquecer o custo emocional da exposição, principalmente quando se começa a compreender que se dispõe de um método coerente, que irá assegurar a perenidade desses progressos.

Mas cuidado, a luta contra uma fobia não é uma batalha, mas uma guerra extenuante. Não basta vencer uma luta e pôr o inimigo para correr uma vez: é preciso vencer todas as lutas, até sua derrota completa e permanente. A questão é colocar o adversário lá onde ele deve ficar: abaixo das fronteiras do medo normal. E conserve sua capacidade de fazê-lo voltar a esse nível cada vez que ele puder cogitar fazer uma nova tentativa de impor-se (a que se dá o nome de "retorno do medo"). Lamento utilizar esta linguagem bélica na psicologia, mas esta é a realidade. Chega de fazer pactos: revolte-se! Conforme-se com o fato de sua vida ficar menos tranquila durante algum tempo: de qualquer forma, a vida com as fobias não é a vida que você desejava, não é verdade? Nenhuma guerra é agradável, mas algumas são necessárias: esta guerra de libertação o é, com certeza.

Como vimos nos capítulos precedentes, você não é culpado por sua fobia. Ninguém escolhe ser fóbico, e ninguém se diverte sendo-o.

Por outro lado, você é responsável pela luta contra a fobia. É importante que você mude sua atitude mental: passe da passividade à ação, da posição de vítima à de combatente. Cuidado, esse espírito guerreiro não deve fazê-lo esquecer-se de uma coisa: não é o medo que você deseja fazer recuar, mas a fobia, ou seja, o excesso de medo, e todas as reações que não condizem com o medo. O problema é quando esse sistema de alarme natural fica desregulado. Sabemos que, paradoxalmente, devemos aceitar o medo, precisamos da sensação de medo. Mas, não mais do que isso. Não aceite a fobia, não se submeta mais a ela. Quanto mais você a tolerar e conviver com ela, mais o problema se tornará permanente.

4.2. Informe-se realmente sobre o que lhe causa medo

Uma de minhas pacientes estava convencida de que poderia morrer sufocada em poucos minutos se ficasse presa num elevador com problema ou engolisse uma pílula atravessada. Outra, que tinha fobia de sangue, de picadas e injeções, falava de seus medos da seguinte forma: "Quando me puserem a agulha, eu não vou conseguir me controlar, vou começar a tremer e a agulha vai acabar se partindo em meu braço", "Uma ponta de agulha vai subir ao meu cérebro e provocar um acidente vascular cerebral", "A agulha vai atravessar meu braço", "Vão me tirar muito sangue para os exames e vou passar mal".

Encontramos este tipo de crenças na maioria dos fóbicos. Elas parecem, evidentemente, absurdas e excessivas aos olhos das pessoas não fóbicas. O psicoterapeuta americano Albert Ellis, aliás, definia os transtornos fóbicos como "comportamentos estúpidos adotados por pessoas inteligentes"[81]. A fórmula faz sentido, mas o problema, na verdade, é um pouco mais complicado, visto de dentro.

Não é que os fóbicos não se interessem por aquilo que lhes causa medo. É que eles se interessam de forma errada, muito parcial ou superficialmente.

Parcialmente, porque tendem a só captar as informações que confirmam seus temores. Os fóbicos de avião lembram, geralmente, das grandes catástrofes aéreas, mas parecem não se impressionar com igual força pela imensa quantidade de voos e aviões que não se acidentam. Os fóbicos de cachorros lembram-se perfeitamente das histórias de pessoas cruelmente mordidas em seu ambiente, mas não da imensa maioria dos cães mansos ou das mordidas inofensivas. Aquelas e aqueles que têm medo de enrubescer trazem na mente todas as brincadeiras ou chacotas que já lhes foram feitas por causa disso, mas esquecem perfeitamente todas as ocasiões em que ninguém fez qualquer caso em relação a isso. Ora, como dizia o filósofo Hegel, é melhor "enxergar mais a floresta que cresce do que a árvore que cai".

A visão que os pacientes têm daquilo que os atemoriza é, igualmente, superficial, pois, num reflexo compreensível, eles evitam tudo que lembra sua fobia. Muitos fóbicos de pássaros ou de aranhas, por exemplo, ignoram todos esses animais: eles desviam cuidadosamente qualquer artigo de jornal, qualquer livro, transmissão de rádio ou televisão que fale sobre esse assunto que eles tanto temem. Mas, com esse procedimento, eles se mantêm num estado de ignorância tal, que podem continuar criando fantasmas a respeito de um amplo leque de perigos: que os pássaros, se ficarem assustados, podem lhes furar os olhos; ou que as aranhas existem para um único objetivo: atacar ferozmente os humanos. Muitas pessoas que sofrem de ataques de pânico acreditam que poderão, realmente, enlouquecer numa crise de angústia, quando os psiquiatras sabem que a "loucura" não tem nada a ver com a espiral da angústia. Muitos fóbicos sociais se sentem observados e permanentemente julgados pelos outros, sendo que as pesquisas sobre as interações sociais demonstram que nossos interlocutores, em geral, são bastante indiferentes ao nosso estado de espírito e se revelam péssimos observadores dos outros.

Portanto, é importante passar a observar de outra maneira o objeto de seus temores e obter todas as informações necessárias. Nenhuma pergunta é ridícula e você deve ter coragem de fazê-la às pessoas que possuem as respostas. É possível morrermos de medo? Por que as serpentes esticam a língua? Um cachorro pode matar um ser humano? Muitos tratamentos de fobia precisam incluir esta fase de esclarecimento das informações. Por exemplo, muitas companhias aéreas propõem a indivíduos com fobia de avião visitas a bordo de aviões no solo, em que pilotos e aeromoças lhes explicam como um objeto mais pesado do que o ar pode voar, o que acontece em caso de pane do reator etc. Uma de minhas pacientes contou-me uma de suas primeiras crises de pânico num voo de avião: o piloto tinha anunciado aos passageiros que, naquele momento, se podia ver uma determinada montanha de um lado do avião. Todo um grupo de passageiros, então, precipitou-se para o lado em questão, colocando minha paciente em desespero, persuadida que este afluxo de passageiros podia desequilibrar o aparelho como um barco, e lançá-lo ao chão numa queda irremediável e fatal. Evidentemente, dada a massa do aparelho e sua velocidade, esse risco não existia.

Muitos pacientes não aceitam ir até o fim nesse percurso de busca de informações simplesmente porque é algo de emocionalmente penoso: ele já representa, em si mesmo, um primeiro esforço de confrontação.

Estas informações, por si sós, não podem substituir o tratamento, mas representam um instrumento indispensável para ele. De qualquer maneira, elas deverão ser "verificadas" em campo: lembre-se que seu cérebro emocional nunca dá ouvidos a seu cérebro racional. Como São Tomé, que só acreditava no que via, o cérebro emocional só acredita no que ele experimenta...

Questões mais frequentes colocadas por pessoas fóbicas, e alguns elementos de resposta

Tipo de fobia	Temores possíveis	Respostas racionais

Fobia de sufocação	Engolir algo atravessado pode causar sufocação?	Não, a menos que a pessoa seja muito idosa ou sofra de doenças específicas, das quais estaria informada.
Fobia de aranhas	Uma aranha pode tornar-se agressiva se ficar apavorada?	Ela, como você, só tem uma vontade: fugir. Não tem nenhuma vontade de atacar você, principalmente se estiver distante: você é uma presa grande demais!
Fobia da impulsividade	Pode-se perder o autocontrole e fazer mal a alguém, empurrando-o ou insultando-o?	Apenas sob efeito da cólera, e não do medo, e isto não tem nada a ver com fobia.
Claustrofobia	Quando um elevador (ou um vagão do metrô) fica bloqueado, pode vir a faltar ar em algum momento?	Não, o ar circula bastante bem dentro dos elevadores e dos túneis. Não é um ar de ótima qualidade, mas é perfeitamente suficiente para que se passem horas ali sem perigo, embora sem conforto. Não se deve confundir desconforto com perigo.
Fobia de água	É possível afundar e afogar-se quando apavorados?	Um adulto normalmente constituído possui reflexos de sobrevivência que lhe permitem nadar até que a ajuda chegue.
Transtorno de pânico (fobia de passar mal e de perder o controle de si)	Pode-se enlouquecer numa crise de angústia?	Não; tem-se essa impressão, mas não há nenhum registro de casos assim na história da psicologia moderna.
Fobia de tempestades	Um raio pode atingir alguém dentro de casa?	Não, somente no exterior, se você estiver de pé em campo aberto ou debaixo de uma árvore. O raio pode atingir ainda – mas raramente –

		aparelhos domésticos, seguindo fios elétricos, telefônicos, ou uma antena de tv. Mas você não corre risco nenhum se não manusear estes aparelhos durante uma tempestade.
Fobia social	As pessoas que ficam ruborizadas são julgadas mais negativamente?	Não, na maioria das situações, os interlocutores têm uma visão tolerante do enrubescimento[82]. Além disso, nem sempre ele é perceptível...
Fobia de altura	Pode-se perder a cabeça e se atirar do alto, com uma vertigem muito forte?	Nunca, evidentemente. Mas a maioria das pessoas acrófobas se "vê" fazendo isso: seus temores se transformam em imagens impressionantes.
Fobia de direção	Pode-se ter um mal-estar brutal, imprevisível, e provocar um acidente?	Para isto seria preciso que você sofresse de uma doença particular (uma epilepsia malcontrolada por remédios, narcolepsia...), e nesse caso, provavelmente você estaria informado a respeito.
Muitas fobias...	Pode-se morrer de medo?	Não, apesar de todas as histórias que se contam sobre esse assunto. A menos que você tenha uma doença cardíaca, esteja com as coronárias em péssimo estado. Nesse caso você teria conhecimento disso.

4.3 Deixe de temer o medo

“Estás tremendo, minha carcaça, mas tremerias bem mais se soubesses aonde estou te levando.” Esta frase é atribuída ao Marechal Henri de Turenne (1611-1675). Reconhecido por sua bravura, Turenne sentia medo em cada batalha, mas não se deixava intimidar por ele. Esse programa é perfeitamente conveniente às pessoas que sofrem com fobias. É normal ter medo. O problema não é começar a sentir medo, mas nossa reação ao medo: entrar em pânico diante dele. E a solução, portanto, não é evitar a qualquer custo que o medo comece, mas aprender a deixar de temê-lo, exercitando regularmente o controle sobre ele. Isto permitirá, progressivamente, desarmá-lo e fazer com que perca a intensidade.

Assim, a trajetória da pessoa fóbica não deve pautar-se apenas no confronto com o medo, mas também na aceitação de uma certa dose dele. Lembremos que a luta contra a fobia deve ser entendida como uma forma de reeducação de sua alergia àquilo que provoca medo, como a regulagem de um sistema de alarme desajustado. O medo é normal, repetimos, de modo que o objetivo não é eliminá-lo, mas obter dele um bom uso e regulá-lo em um nível que seja útil sem ser penoso.

Este trabalho de aceitação é ainda mais útil e necessário visto que inúmeras emoções negativas estão ligadas à ocorrência ou ao retorno do medo: aceitar o medo significa chegar ao ponto de não experimentar mais angústia, nem temor, nem tristeza diante dele. É não considerá-lo mais como falta de força ou de vontade, e não emitir mais julgamentos morais sobre sua existência, mas simplesmente considerá-lo como um problema e procurar resolvê-lo semana após semana.

4.3.1 Pare de ter medo do medo

> Quando sinto que me ocorrem estas sensações, o coração batendo mais forte e ficando agitado, o eco desses batimentos em meus ouvidos, a respiração curta... começo a entrar em pânico. Nem preciso estar dentro dessa situação, basta pensar nisso mais especificamente ou com maior intensidade para começar a sentir a

> mordida do medo e a apavorar-me... Entro em pânico diante de meu próprio medo, de um medo inicial, como um animal que tem medo de sua sombra.

O fenômeno de ter medo do medo descreve esse sentimento, muito frequente entre pessoas com fobia, da perda de controle quando sente o medo aparecer. Por causa disso, as pessoas tentam a todo preço evitar começar a senti-lo, pois nunca sabem onde pode terminar um medo inicial. Ou, antes, o problema é que elas pensam sabê-lo: isto vai acabar em loucura, em um ataque cardíaco, ou alguma coisa parecida... Iremos ver, adiante, que a única solução é treinar novamente a ter medo, com regularidade, em situações controladas: é a terapia por exposição, de que falaremos a partir do próximo capítulo.

4.3.2 Pare de ter vergonha do medo

"Não acho normal ser assim, na minha idade. Entrar em pânico por besteiras dessa maneira. Nessas horas me sinto fraco, miserável, sem vontade..." Este tipo de verbalização negativa sobre si mesmo também é muito frequente. Muitas pessoas fóbicas têm vergonha de seus medos. Será que elas teriam vergonha se fossem míopes, diabéticas, hipertensas? Não. Entretanto, elas não têm mais responsabilidade pela existência de suas fobias do que seriam se tivessem esses outros problemas. Não façam julgamentos morais sobre seu medo. Antes, considere-o um problema a ser resolvido. A questão importante não é "Por que sou tão fraco, tão medroso?", mas sim "Como fazer para limitar, aos poucos, a intensidade desse medo que me incomoda e com que não estou de acordo?"

4.3.3 Pare de ficar triste por ter medo

> Eu já tinha feito progressos, mas de repente tive uma nova crise de pânico. Fiquei arrasada e achei que nunca mais conseguiria levantar-me de novo, que meus esforços estavam condenados ao fracasso...

Existem ainda muitas crenças erradas a respeito da evolução psicológica. Muitas vezes, parece que a vemos como se seu funcionamento fosse essencialmente mecânico: uma vez que tivéssemos

entendido o porquê de um problema, ou o tivéssemos enfrentado, ele se resolveria. Trata-se, evidentemente, de uma visão ilusória da psicoterapia, popularizada por alguns filmes de Hollywood: repentinamente, o herói, ou a heroína, compreende de onde vinham seus problemas, seus olhos se enchem de lágrimas (geralmente, ouve-se o som de violinos tocando nessa hora), e todos os seus problemas desaparecem completamente daí para diante.

As verdadeiras terapias – infelizmente – não funcionam dessa maneira. Elas se parecem mais com um aprendizado gradual, ou seja, um pouco como acontece quando alguém tenta parar de fumar ou aprender a esquiar: sofre-se, tenta-se, uma hora dá certo, depois não dá mais, para em seguida avançar de novo... É um pouco desanimador, mas, se houver perseverança, sempre se chega lá. Um belo dia, num confronto imprevisto, percebe-se que os antigos condicionamentos ou reflexos desapareceram completamente...

O que é verdadeiro para o começo de um esforço de mudança – o que deu certo ontem não necessariamente dá certo hoje – é verdadeiro também para as eventuais recaídas. O medo tem memória longa e pode lembrar-se de algo depois de longos anos, inclusive depois de um tratamento bem-sucedido e de recuperada a liberdade de movimentos. É preciso, então, apertar os parafusos, e não concluir, num momento de "retorno do medo" (o ROF dos terapeutas anglo-saxões: *Return of Fear*): "Está tudo acabado, nunca mais sairei disto", mas sim "Não é um retorno da doença, mas apenas um retorno do medo..."

4.4 Modifique sua visão de mundo

O contrário do adjetivo "fóbico" seria "corajoso" ou "inconsciente"? Para Helvétius, filósofo francês do século XVII, "a coragem, muitas vezes, resulta de uma visão ofuscada do perigo enfrentado ou decorre da inteira ignorância de tal perigo". Esse risco de miopia psicológica para com o perigo não ameaça as pessoas fóbicas! A fobia seria mais,

retomando as palavras de Helvétius, resultado de uma visão *por demais* nítida do perigo enfrentado ou da *consciência extrema* de tal perigo...

Já falamos da capacidade que as pessoas fóbicas têm para detectar rapidamente quaisquer sinais de eventual perigo. Muitas vezes ocorrem equívocos, quando suas reações de medo se confundem com alarmes falsos. Mas devemos compreender que tais reações encontram-se num contexto mais amplo do que isso, e se inscrevem numa verdadeira visão de mundo que se fundamenta sobre três grandes blocos de medos fóbicos:

- *O mundo é perigoso* e tenho medo de tudo que possa acontecer (o perigo reina no exterior);
- *Eu não posso confiar em mim* e tenho medo de minhas próprias reações (o perigo pode vir também do interior);
- *Eu não sou capaz* de enfrentar e não acredito em minhas capacidades (o único jeito de sobreviver é fugindo e evitando tais situações).

4.4.1 O mundo é perigoso: o papel dos cenários catastróficos

Se os indivíduos com fobia temem tantas coisas, é por visualizarem constantemente "cenários catastróficos": fazem previsões catastróficas, geralmente equivocadas, sobre o que *com certeza* irá acontecer em caso de um confronto:

- "O pombo vai se assustar e atirar-se sobre mim quando for fugir. Vai furar-me o olho. Como esses bichos são sujos e nojentos, a ferida vai inflamar, vou perder a visão, provavelmente terei uma septicemia...";
- "Se eu fechar esta porta a chave ela vai travar, não conseguirei mais sair e vou passar mal. Ninguém irá imaginar que posso estar agonizando num desses banheiros. Só vão encontrar o meu cadáver...";
- "Se eu fizer uma pergunta vou ficar vermelho e todo mundo notará e me considerará inferior e estúpido. Logo serei deixado de lado. Meus colegas vão zombar de mim e acabarei sozinho e abandonado por todos..."

Esses cenários catastróficos se manifestam como altamente prováveis à pessoa fóbica, com duas consequências maiores: favorecem os evitamentos e causam aflição. Uma interessantíssima referência a tais antecipações catastróficas é evocada no romance *Le Pigeon* (O pombo)[83], de Patrick Süskind, que conta uma história incrível de fobia de pássaros. Sem coragem para voltar para casa, por medo de encontrar-se cara a cara com alguns pombos que acabam de voar na escada, o herói se lança de repente dentro de um terrível cenário catastrófico sobre o que vai lhe ocorrer:

> Teu quarto, perdeste-o de qualquer forma há muito tempo, lá mora agora um pombo, uma família de pombos, emporcalhando e devastando teu quarto, a conta do hotel vai assumindo somas enormes, começas a beber para esquecer teus problemas, bebes cada vez mais, bebes todas as tuas economias, até te tornares definitivamente escravo da bebida, ficares doente, na ruína, na miséria, na desgraça, e te colocarem na porta da última e mais barata pensão, e não terás mais um níquel, tendo diante de ti apenas o nada, estarás na rua, dormirás e morarás na rua, defecarás na rua, será o fim, Jonathan, em menos de um ano será o fim, serás um maltrapilho coberto de trapos no banco de uma praça, como aquele vulto desprezível, lá embaixo, que é teu irmão...

Poucas obras dão uma imagem tão adequada e tão inquietante da absurda desproporção, ao menos olhando de fora, entre o problema inicial e o sofrimento gerado por uma "simples" fobia.

O confronto com esses cenários catastróficos, através da reflexão e, sobretudo, da ação, o que os terapeutas cognitivistas chamam carinhosamente de "as provas das realidades", é evidentemente um dos fundamentos de toda terapia de fobias.

Mas acontece também de alguns pacientes não se depararem com conteúdos tão "mentalizados" para seus medos. Eles simplesmente sentem um medo devastador e visceral, sem entender claramente, ao menos naquele momento, o que lhes causa medo. Essas fobias são igualmente dolorosas.

4.4.2 Eu não posso confiar em mim, e minhas reações podem me prejudicar: o perigo está em mim mesmo

Já comentamos o fenômeno do medo de ter medo, este temor de perder o controle sobre si no momento do pavor. A espiral do medo de ter medo é com bastante amplidão alimentada pelo "raciocínio emocional", que consiste em interpretar as reações físicas de medo como a prova de que, realmente, há um perigo presente: "Se me sinto mal, isto quer dizer que o perigo está por perto, ou irá chegar". "Se me *sinto* ridículo, é porque *estou* ridículo". "Se meu coração está batendo tão disparado, provavelmente estou com um princípio de infarto..."

Assim, a partir de um pequeno mal-estar, o fóbico se insere numa espiral de interpretações errôneas ou exageradas, baseadas essencialmente numa fé excessiva em suas sensações ou intuições. Esta confusão entre o que se sente e o que realmente está acontecendo ilustra bem um outro paradoxo dos indivíduos fóbicos: o mau uso de uma verdadeira hipersensibilidade, que atira num turbilhão de pavor, mais do que em estratégias de adaptação ao contexto.

4.4.3 Eu não sou capaz: o sentimento de falta de controle

As pessoas fóbicas costumam estar convictas de que dispõem de poucos recursos para enfrentar a situação.

Se não podem evitar as situações, elas tenderão, então, a tornar-se dependentes de soluções externas – os raros casos em que terão coragem de confrontar-se: andar sempre acompanhadas, ter o celular à mão, levar remédios para o caso de ser necessário...

Isto é o que explica também por que eles inspecionam instantaneamente todas as possibilidades de socorro em situações angustiantes: o claustrófobo, assim que entra num cinema, procura conhecer as saídas de emergência e faz de tudo para não ficar longe delas. O fóbico social que precisa pedir uma informação a um vendedor gasta horas para verificar qual deles parece ser o mais gentil e para decidir qual o momento oportuno, evitando o risco de ser tratado mal; o

fóbico de pássaros caminha escondido atrás de uma pessoa corpulenta para atravessar uma praça onde houver pombos...

Uma paciente minha, com fobia de aviões, que tinha que tomá-los de vez em quando para visitar sua família na África do Norte, perguntava toda vez às aeromoças se por acaso algum médico havia embarcado no avião, ou, caso não, se ela podia receber um assento perto de alguma pessoa que gostasse de falar, pois conversar a ajudava a distrair-se de seus medos.

Essas precauções representam, de fato, uma forma atenuada de evitamentos, e colocam os mesmos problemas: impedem de ver que não existe perigo. Aos poucos, elas também devem ser combatidas, embora tenham uma relativa vantagem em relação aos "verdadeiros" evitamentos, ao permitirem um certo grau de confrontação.

4.4.4 Medo antes, medo durante, medo depois: medo o tempo todo

Quanto mais uma fobia é severa e complexa, mais permanentemente ela irá habitar o cotidiano da pessoa, mesmo nos momentos em que nenhuma confrontação está em jogo: há mal-estar antes, durante e depois dos confrontos...

Ter medo muito tempo antes, sabendo do confronto que está por vir, é um fenômeno clássico. Uma de minhas pacientes dizia-me que tinha um verdadeiro calendário na cabeça, onde constavam todas as suas saídas e os "riscos" que existiam, aos seus olhos. "Em determinados casos, quinze dias antes eu começo a ter insônia. Portanto, poucas vezes durmo bem..."

Esta ansiedade antecipada é bem conhecida, mas há um fenômeno ainda não estudado que me parece muito importante: a ruminação pós-confrontação. Sabemos há bastante tempo que os deprimidos ruminam muito e que, diante de situações de revezes, eles tendem a lembrar-se de todas as suas tragédias anteriores, o que agrava mais ainda seu estado de humor. Também a memória dos fóbicos parece obedecer a esses mecanismos[84]. Isto fica claro quando se discute com eles a respeito de

seus medos: os fóbicos têm armazéns quase infinitos de lembranças e histórias de caça, que confirmam seus temores.

As sequências cronológicas do medo excessivo

Momento	Mecanismo psicológico predominante	Consequências
Antes do confronto	Eu antecipo todos os problemas possíveis (cenários catastróficos).	Aumento do medo antecipado (ansiedade) e do sentimento de vulnerabilidade.
Durante o confronto	Eu focalizo os sinais de perigo (externos ou internos) e faço uma leitura negativa dos elementos ambíguos.	Aumento do medo, diminuição das capacidades de adaptação à situação.
Depois do confronto	Eu relembro os elementos de angústia ou desvalorização presentes nos fatos passados.	Vergonha, conservação de um sentimento de vulnerabilidade para os próximos enfrentamentos.

4.5 Confronte-se com o medo seguindo as regras

> No metrô não me coloco encolhido num canto, nem fico cabisbaixo contra a porta. Pelo contrário, entro por um lado, atravesso todo o vagão de cabeça erguida, olhando todos os passageiros, como se estivesse procurando alguém. Desço na estação seguinte, entro em outro vagão e repito toda a operação. E assim por diante, durante os 30 minutos de meu trajeto, de manhã e de tarde. Faço o mesmo quando viajo de trem, entro em todos os vagões olhando o rosto das pessoas, como se estivesse procurando um conhecido. No verão, cada vez que passo na frente de um bar, paro bem na frente e olho todo mundo, como se procurasse um amigo...

Prescrevemos exercícios desse tipo diariamente a muitos pacientes que têm fobia do olhar, conforme falaremos novamente no capítulo dedicado aos medos sociais.

Exercícios assim são a primeira e principal necessidade do trabalho sobre a fobia. Nenhum progresso pode ser feito sem confrontar-se com o medo. É o que se chama, na terapia comportamental, as técnicas de

exposição. Se você sofre de fobia, provavelmente você precisará realizá-las com o acompanhamento de um profissional de saúde. Mais adiante detalharemos como essas técnicas devem ser conduzidas no quadro de uma terapia. Mas aqui já estão as bases que você deverá conhecer e respeitar para tirar o melhor proveito delas. Você verá que não é simples como parece: estes confrontos devem obedecer a regras muito precisas para serem eficazes.

4.5.1 Por que confrontar-se?

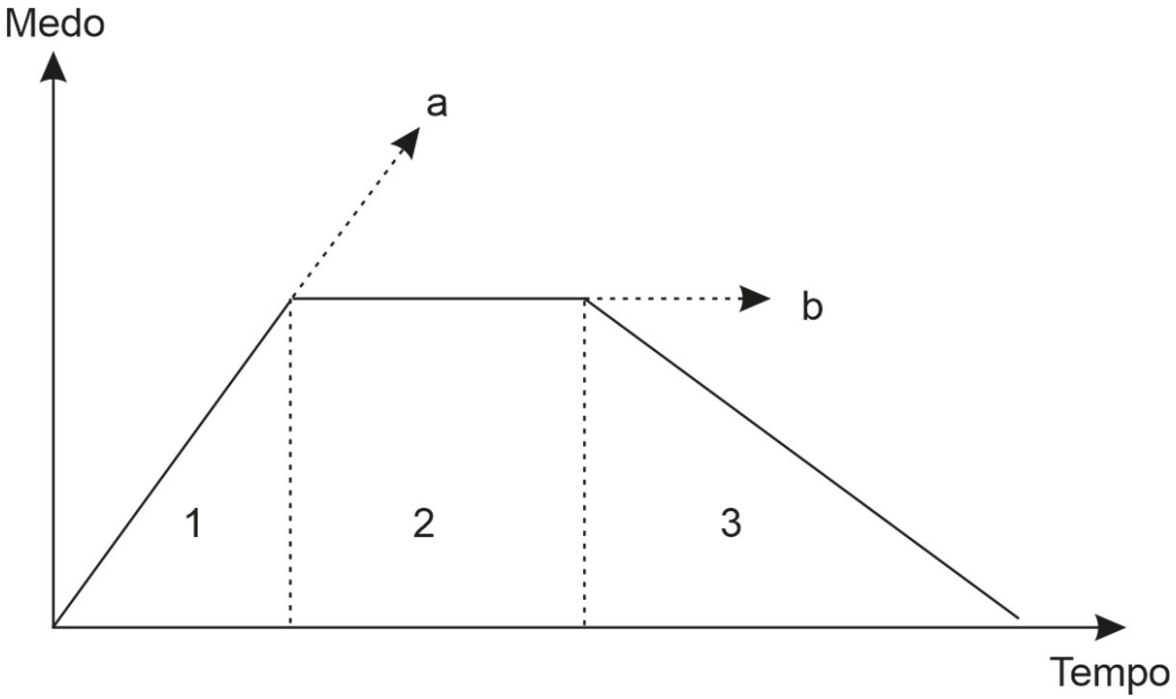
Em seu romance *Les faux-monnayeurs* (em português: *Os moedeiros falsos*. Editora Vecchi), Gide escreve: "A experiência ensina mais que o conselho". Para curar um medo muito grande, a inteligência e os bons conselhos não serão suficientes: você precisará descer até a arena. Para aprender a controlar as emoções ligadas à fobia, em vez de ser vítima delas. Para desenvolver novas formas de agir, em vez de fugir das situações. Para adquirir novas maneiras de pensar e enxergar as situações, em vez de sempre ver apenas perigo nelas, sem nunca realmente verificar se esse perigo ocorre de fato.

Já vimos como as evasões tornam crônica uma fobia. Os médicos já haviam identificado há muito tempo como alguns pacientes, através do confronto regular com seus medos, conseguiram livrar-se deles. Há décadas, o grande psicólogo francês Pierre Janet propunha a seus pacientes fóbicos estratégias de confrontação progressiva bastante parecidas com as atuais terapias comportamentais por exposição[85]. O interesse de encarar o que causa angústia depende de uma certa lógica, e está fortemente presente nas pessoas que convivem com os fóbicos e os cercam de bons conselhos ou os impelem, inclusive com vigor, a se "atirarem na água". Também não falta aos próprios pacientes que, muitas vezes, fizeram esforços imensos, mas em vão, para realizar o confronto. Por que esses esforços não funcionaram? Confrontar-se com medos fóbicos, de forma espontânea ou forçada, nem sempre é produtivo, pois

isso deve obedecer a algumas regras bastante estritas para ter eficácia duradoura.

4.5.2 Que regras devem ser respeitadas para superar permanentemente as fobias

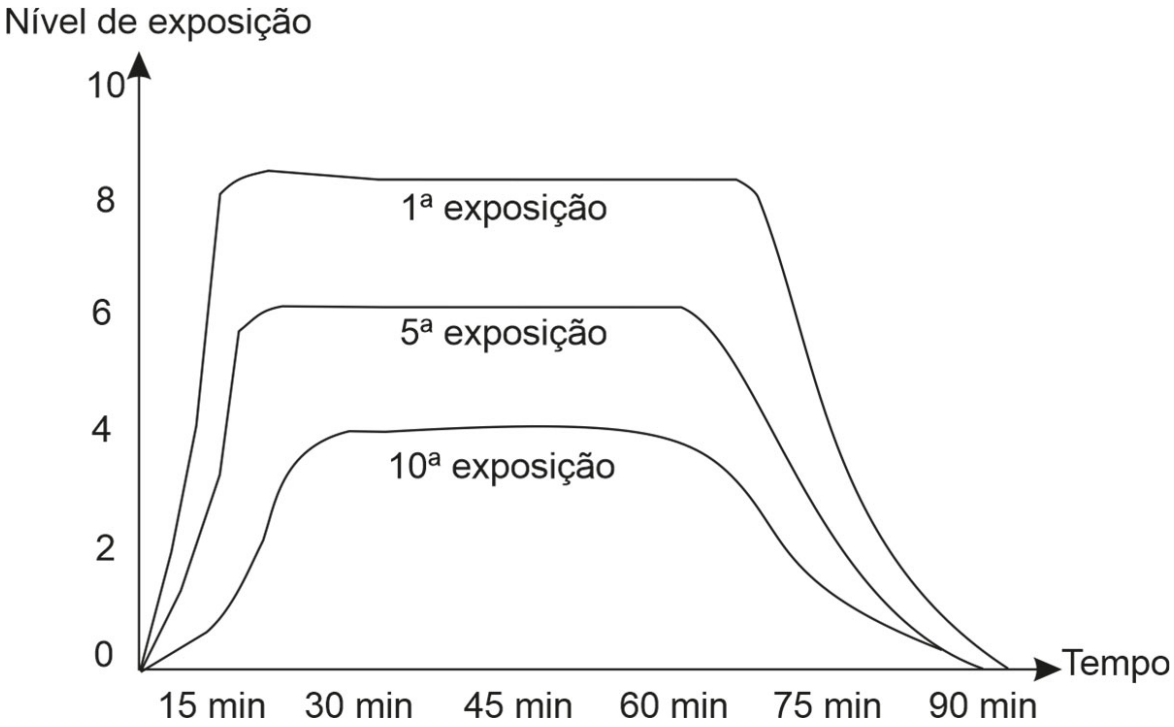
Para que um confronto com um medo excessivo seja eficaz é preciso utilizar-se de um procedimento com regras estritas.



Intensidade do medo durante uma sessão de exposição prolongada.
Fase 1: intensificação. Fase 2: estabilização. Fase 3: diminuição.
Linhas pontilhadas: (a) antecipação de uma intensificação sem limites do medo (cenário catastrófico); (b) antecipação de uma permanência sem fim do medo em seu nível máximo.

A exposição deve ser longa: deve-se permanecer na situação angustiante durante um período de tempo suficientemente longo para ver o medo começar a diminuir. Na prática, considera-se que a angústia deve ter diminuído, pelo menos em 50%, antes que se possa terminar um exercício de confrontação. Assim, dificilmente os exercícios de exposição podem durar menos de 45 minutos. Eu recomendo a meus pacientes, quando fazem seus exercícios sozinhos, que sempre tenham

uma ou duas horas à disposição. É muito? Sim, é muito, mas pensem no fato de que a fobia é uma doença em tempo integral: se você tentar controlá-la por passatempo e em pouco tempo, suas chances serão poucas... Os trabalhos experimentais sobre o desdobramento de uma sequência de medo mostram, na verdade, que se a pessoa se mantiver por tempo suficiente confrontada com a situação temerosa, seu pavor acaba sempre diminuindo consideravelmente. O problema é que os pacientes, geralmente, não permanecem muito tempo nas situações angustiantes porque imaginam que o medo vá se intensificar indefinidamente e aumentar até atingir um nível insuportável e perigoso; ou então, acham que irá ficar no nível mais elevado em que está e nunca mais descer. Assim, eles chegam à conclusão de que é melhor evitar essa situação, fugindo física ou mentalmente, para sobreviver. Estas duas antecipações mentais estão, naturalmente, equivocadas, mas como o paciente não continua até o fim para verificar isso, a dúvida permanece: "Se eu não tivesse interrompido aquilo, uma catástrofe, com certeza, teria ocorrido".



A exposição deve ser completa: não devem acontecer, durante a exposição, os evitamentos ditos "sutis". Para os fóbicos de animais, por exemplo, o desvio do olhar para, assim, diminuir o sentimento de medo. Para os que têm acessos de pânico, apoiar-se em móveis para evitar um mal-estar. Entre os fóbicos sociais, falar sem parar, para evitar o silêncio e que, eventualmente, alguém pare os olhos sobre si. Evidentemente, há uma infinidade de evitamentos sutis. Cada pessoa fóbica deve aprender a contornar esses pequenos truques inconscientes que arriscam ou mesmo prejudicam a eficácia dos exercícios.

A exposição deve ser repetida: para tratar com eficácia um medo extremo, uma vez não é suficiente e os exercícios precisam ser refeitos regularmente. É esta repetição que fará com que, aos poucos, a intensidade e a duração do medo diminuam e não voltem a subir, porque este esforço terá um impacto biológico, através da neuroplasticidade, essa reconfiguração das sinapses cerebrais das quais falamos no começo do livro. Na medida em que as exposições forem realizadas, a ansiedade atingirá níveis cada vez mais baixos e durará cada

vez menos. Não se esqueça: aos poucos, você precisa ir ensinando seu cérebro emocional de que não há perigo, e esta aprendizagem, como todas as aprendizagens, precisa de repetição regular. Em matéria de fobia, uma vez só nunca basta. Você precisa "gastar" a reação condicionada do medo. Uma paciente disse-me que durante os exercícios ela se esforçava para "cansar o medo"... É por isso que os terapeutas prescrevem sempre exercícios para seus pacientes realizarem entre as sessões. Esses exercícios equivalem às escalas que um professor de música pediria a você que repetisse. Eles são, como elas, indispensáveis ao seu progresso.

A exposição deve ser progressiva: recomenda-se, na maioria dos casos, começar expondo-se progressivamente a situações cada vez mais difíceis. É inútil fazer violência a si mesmo e sentir-se sem chão. Isto poderia ser contraprodutivo. Se isso lhe acontecer, significa que você quis ir rápido demais e que é preciso estabelecer um objetivo mais modesto. Você deve, com efeito, traçar uma lista de objetivos, que representarão diversas etapas a superar, uma após a outra. Por exemplo, alguém com fobia de altura: começar colocando-se de pé sobre uma cadeira, depois sobre uma mesa, depois subir uma escada ou aproximar-se de uma sacada, olhar de uma ponte para baixo etc. Lembre-se que a fobia representa um conjunto de hábitos antigos, que não se pode arrancar de uma vez só ou de repente. Como escreveu Mark Twain: "Não nos livramos de um hábito atirando-o pela janela, mas é preciso fazê-lo descer a escada, degrau por degrau..."

Eis, a título de exemplo, a lista de objetivos estabelecidos com uma paciente acrófoba (com medo de altura e de vazio) durante uma terapia através de exposição gradual. Esses exercícios retomavam, em certa medida, aquilo que havíamos praticado juntos nas sessões e a paciente devia praticá-los regularmente entre as sessões. Eles estão classificados em ordem crescente de dificuldade:

- Olhar para baixo, para a rua, da janela de sua casa, no terceiro andar, toda manhã e toda noite durante bastante tempo, ficando inclinada sobre o vazio até que a sensação desconfortável tenha desaparecido, em vez de sair correndo nos primeiros segundos;
- Colocar-se no alto da escada de seu apartamento e ficar diante do vazio, sem se agarrar à rampa, cada vez, antes de descer;
- Na rua, parar para olhar para altos monumentos ou imóveis elevados, pendendo a cabeça para trás. Ficar nessa posição mesmo se ocorrerem sensações de vertigem;
- Subir e ficar de pé numa cadeira sem segurar-se com as mãos. Ficar bastante tempo assim;
- Inclinar-se sobre o alpendre da sacada sem agarrar-se ferozmente com as mãos;
- Subir numa escada móvel até o último degrau e não segurá-la com as mãos.

No fim da terapia, pedi à minha paciente que, para festejar esse acontecimento, ela subisse com seu namorado até o último degrau da Torre Eiffel. Mas não se tratava, nesse caso, de um exercício a ser praticado regularmente, senão de um símbolo de sua vitória sobre o medo. Ou, antes, do tratado de paz assinado consigo mesma. Pois o objetivo desses esforços não é subjugar o medo como ele subjugava você até agora, e sim viver num relacionamento inteligente com o medo: o medo sempre pode ser-lhe útil, mas é bom mantê-lo vigiado de perto. Ele tem tendências ditatoriais devido ao seu caráter um tanto quanto primitivo...

4.6 Respeite-se e faça com que os outros respeitem seus medos

Os esforços de enfrentamento do medo que acabamos de mencionar são infinitamente mais sutis e delicados do que se poderia pensar. Curar sua fobia não é, simplesmente, forçar-se a conviver com seus medos, mas

é reconstruir, permanentemente, uma relação diferente com esses medos alérgicos, que são os medos fóbicos. Esse trabalho se realiza no tempo, de modo que é necessário conhecer suas forças, saber economizá-las e, sobretudo, saber respeitar-se: estimular-se sem violentar-se. A palavra de ordem em termos de confrontação dos medos é ir sempre um pouco mais longe do que se faria espontaneamente, mas não desgastar-se em combates extenuantes. E lembrar-se que o objetivo não é tornar-se uma pessoa sem medo, mas uma pessoa que não se deixa dirigir nem sufocar por seus medos.

Outra coisa: para as fobias complexas, que tendem a invadir sua existência em todos os aspectos e provocar sérias baixas de autoestima e causar estados depressivos[86], lembre-se de não se deixar reduzir à sua fobia. A esse respeito, eis o que eu digo a meus pacientes nas terapias de grupo: "Vocês não são *fóbicos* e nem, sobretudo, não *somente fóbicos!* Embora o sofrimento tende a fazer com que esqueçam de todo o resto, como no caso das dores crônicas. Vocês são simplesmente *pessoas normais que sofrem de fobia*, mas que também têm toda uma série de outras características e outras capacidades". Não se ocupem somente com seus sintomas, mas também com sua pessoa!

Sejam respeitosos para consigo mesmos. Isto lhes permitirá fazer com que os outros também se mostrem respeitosos com vocês, sem que vocês devam, como muitos fóbicos pensam, dissimular seus medos. Agnes, uma paciente minha com fobia de água, contou-me um dia o seguinte episódio... Como ela tinha medo de se afogar se ficasse sem apoio nos pés, tínhamos planejado uma série de exercícios para ela realizar na piscina perto de onde mora, principalmente afastar-se um ou dois metros da beirada, na parte mais profunda. Com coragem, mas não sem cuidado, ela pediu ao professor de natação que a observasse: "Você pode ficar de olho em mim, por favor? Eu fico com medo quando não toco mais o fundo". O professor, simpático mas paternalista, perguntou-lhe se

ela sabia nadar, o que era verdade, e logicamente, disse-lhe: “Então, não precisa ter medo!” E Agnes, que não tinha papas na língua, retrucou-lhe: “Eu não preciso de um psicólogo, mas de um professor de natação. Não estou pedindo para que cuide de mim, apenas que fique de olho, se eu começar a me afogar. Você já mergulhou para salvar alguém? Pois muito bem, então eu largo a beira da piscina...” Assim, ela fez os exercícios sob os olhos desconcertados, mas agora atentos, do professor de natação...

Agnes mantinha com seu medo um relacionamento simples: ela considerava que não era motivo de vergonha ter fobia, que se pode pedir ajuda, sem ter, por isso, que aturar atitudes paternalistas da parte de quem está aí para ajudar. As pessoas fóbicas se perguntam, muitas vezes, se é uma boa ideia falar de seus medos, se é melhor assumi-los ou disfarçá-los. E se perguntam também como fazer para falar disso. Geralmente, a regra mais adequada parece ser simplificar as coisas: falar com clareza e não se desvalorizar.

Ora, muitas pessoas com fobia tendem a esconder seus medos para evitar um julgamento moral, conselhos inúteis já ouvidos uma centena de vezes e, nessa hora, nada práticos, porque se sentem inferiorizadas devido à sua incapacidade de superar seus medos, considerando que isso não diz respeito aos outros. Contudo, é preciso saber que esconder alguma coisa representa um sério desgaste emocional. Um estudo de psicologia experimental mostrou, assim, que quando se pede a alguém que não fale de um determinado assunto numa conversa, isso causa um nítido aumento do estado de tensão e desconforto emocional[87]. Você já precisa de todas as energias para enfrentar os medos, não as desperdice inutilmente procurando disfarçar a qualquer custo a existência deles.

Então, como falar dos medos? É possível fazê-lo de maneira simples, sem necessariamente colocar-se como um grande doente ou como vítima. Muitas vezes realizamos, com os pacientes fóbicos, um jogo de papéis para treinar as diferentes maneiras possíveis de falar dos medos,

em função dos contextos e dos interlocutores. Em geral, o discurso que parece mais adaptado para a maioria das situações gira em torno das seguintes frases:

> Eu sei que isso pode parecer um pouco absurdo ou surpreendente, mas eu tenho muito medo de tais e tais situações. Esses medos são, realmente, difíceis de controlar, mais ou menos como as crises de asma ou as dores de cabeça. Eu procuro enfrentar isso, aos poucos, pois me incomoda, mas até o momento ainda não consegui um perfeito controle da situação. Você poderia me ajudar, fazendo isso ou aquilo...

Uma pessoa fóbica tem, de qualquer modo, o direito de pedir aos outros que a respeitem sem se colocarem como seus terapeutas. Se você tem medo de cães ou de gatos, você pode explicar isso tranquilamente aos donos dos bichos. Se tem medo de viajar de avião, pode falar sobre isso com a aeromoça. Se teme falar em público, não hesite em dizê-lo, não há nada de anormal nisso: cerca de 30% das pessoas sofrem do mesmo problema. E mesmo que fosse apenas 1%, mesmo assim, você teria esse direito! Só não abuse de todos os direitos para exigir respeito a seus medos, pois não se trata de recorrer a tudo para não enfrentá-los. O objetivo dessa atitude de franqueza com as pessoas é, antes, o de garantir a liberdade de enfrentar as situações de acordo com uma programação sua e de acordo com a "dose" de medo que você está preparado para encarar.

Lembro-me, a esse respeito, de uma paciente com fobia social que era médica visitante de um grande laboratório farmacêutico. Ela ficava bastante à vontade quando se encontrava com os médicos, pois conversar com uma só pessoa não a angustiava demais. Por outro lado, ela tinha que participar, todas as segundas-feiras de manhã, de uma reunião com seu diretor regional e uma dúzia de colegas médicos. Tais reuniões a angustiavam enormemente. Ela nunca tomava a palavra e ficava com medo das ocasiões em que lhe pediam sua opinião, como acontecia, vez por outra. Depois de pouco tempo, ela começou a não

suportar mais isso e estava pensando em pedir demissão. Foi nessa época que veio me consultar.

Procurei convencê-la a não demitir-se por causa disso, pois significaria submeter-se à sua fobia, sobretudo porque ela gostava desse trabalho, e tinha bom retorno. Nessa conversa ela revelou que nunca havia ousado falar com seu superior a respeito dessa patologia. Assim, fizemos um pequeno treino para enfrentar as diferentes possibilidades de abordar o assunto. Depois, ela marcou uma reunião com o diretor e contou-lhe sobre seus medos e explicou-lhe que, se não falava nada nas reuniões, era mais por medo do que por falta de motivação no trabalho do grupo. Para grande surpresa sua, o diretor regional mostrou-se muito compreensivo com o problema, e disse-lhe que havia desconfiado de alguma coisa, mas achava que fosse impaciência dela para com o trabalho em grupo. E, por sua vez, falou de suas próprias experiências de medo...

4.7 Reflita sobre seu medo, sua história e sua função... mas não perca seu objetivo!

Durante muito tempo, a solução proposta pelos terapeutas para tratar dos medos era sempre a mesma: "Vamos conversar sobre seu passado". Para muitos pacientes fóbicos que vinham em busca de nossos serviços, as terapias realizadas antes costumavam resumir-se a "falávamos de minha infância". Isto oferecia benefícios limitados, em todo caso, para o problema dos medos.

Evidentemente, nosso passado é muito importante para nos compreendermos e entendermos nossos temores. Há uma coisa muito útil a ser considerada sobre o nosso passado, no trabalho sobre as fobias: é sempre tão importante refletir sobre ele quanto é importante não deixar-se submergir, afogar e extraviar-se nele...

4.7.1 É sempre necessário refletir sobre a história de seus medos

Em geral, isso não basta para livrar-se deles, mas com isso se pode aprender muito sobre os erros que, talvez, tenham contribuído para agravar seus medos, e como evitar cometê-los novamente. Com isto, você também poderá evitar transmiti-los, por sua vez, a seus filhos, através da educação ou da observação deles. O combate aos medos se ganha sempre no presente. Remexer o passado não é, por si só, a solução para livrar-se das fobias. Isso não significa que se deve ignorá-lo totalmente. Refletir a história de sua fobia, portanto, é sempre uma etapa útil, pois permite compreender melhor como ela se instalou e como, em seguida, nós a nutrimos e conservamos. Contudo, é preciso saber que a história que nós nos contamos de nossa própria fobia é sempre uma reconstrução, algo incerto e aproximativo. Ela é apenas um conjunto de hipóteses explicativas, pois, em matéria de fobias, como em muitas outras coisas, nós temos a tendência de contar com explicações simples e coerentes. A realidade, porém, sempre é mais complicada. No capítulo precedente mencionamos as múltiplas origens dos medos.

4.7.2 Há alguma vantagem em ser fóbico?

Quando eu era um jovem psiquiatra, muitos colegas mais antigos se interessavam mais pela pesquisa dos chamados "benefícios secundários" da fobia do que pelo seu tratamento. Talvez porque não contavam com métodos de tratamento eficazes? Talvez eles fossem, por isso, mais testemunhas do que atores na história dos medos de seus pacientes?

O postulado básico desta hipótese dos benefícios secundários consistia em supor que havia mais vantagens do que inconvenientes em seu fóbico. O medo excessivo, por exemplo, permitia ser superprotegido, ou punir seus amigos complicando sua vida. Segundo esse tipo de teoria, as mulheres com agorafobia podiam, graças à sua fobia, ter sempre alguém pronto a acompanhá-las a toda parte e ficar a seu lado. Ou podiam sacrificar-se no altar da agorafobia, que limitava bastante sua

autonomia, para – inconscientemente – agradar a um marido ciumento...

O recurso sistemático a esse tipo de teoria colocou-as em descrédito. Era, com certeza, um erro dar-lhe tanta importância. Outro erro seria não dar-lhe importância alguma. A fobia proporciona, às vezes, alguns benefícios. Mas eu nunca encontrei pacientes que não quisessem, de bom grado, trocá-los por uma cura verdadeira. Cuidado, portanto, com os terapeutas obcecados em defender esses famosos benefícios secundários.

4.7.3 Os medos têm um significado oculto?

Para algumas pessoas, nossas fobias teriam um sentido: seriam mensagens de nosso inconsciente a respeito de problemas não resolvidos em nossa vida. Um pouco como os "dicionários dos sonhos", onde tal sonho tinha tal significado. Já está demonstrado que essa visão dos sonhos era equivocada, e o mesmo vale para as fobias. Também aqui, a psicologia abusou demais desse tipo de reflexão, priorizando-a em detrimento de outros caminhos mais eficazes.

As derivações da psicanálise lacaniana e a moda dos jogos de palavras à guisa de reflexão psicopatológica trouxeram inúmeras pérolas ao mundo da psicologia[88]. E, lamentavelmente, muitos fóbicos foram vítimas disso, perdendo anos e anos sobre o divã.

Lembro-me de uma paciente que apresentava sintomas de medo de sufocação; um psicanalista com quem ela passara alguns anos lhe havia dito que sua fobia provinha, certamente, de alguma experiência "difícil de digerir" que ela tivera. Note-se que, ao fazer tal afirmação, ele não arriscava nada, pois que ser humano não experimentou situações "difíceis de digerir"? Mas a paciente havia perseguido em vão alguma pista neste sentido, sem nenhuma melhoria ao seu problema.

Uma outra história, contada por meu amigo, o psicólogo Jacques Van Rillaer[89]:

> Na época em que eu trabalhava num centro de psicologia clínica de orientação psicanalítica, uma estudante procurou um de meus colegas com a esperança de encontrar um remédio para seu medo dos exames. Desde o primeiro encontro, o psicanalista havia atrelado a explicação para esse medo com a masturbação. Seu argumento era simples: "O medo dos exames é o conflito com a masturbação". Não sei dizer se essa brilhante interpretação ajudou a paciente a se masturbar sem remorso e, "portanto", a obter seu diploma...

Uma amiga, que sofria de medo de aranhas, ouvira de um terapeuta que sua fobia era apenas uma representação de sua angústia diante do sexo masculino: escuro e peludo...

Recentemente recebi no consultório uma jovem mulher que apresentava um medo fóbico de soltar fezes em algum lugar público, um medo frequente em certas fobias sociais graves. Também ela havia sofrido interpretações selvagens desde sua segunda (e última) sessão com um psicólogo que lhe teria atirado essa: "Você tem tanto desprezo por si mesma a ponto de sujar-se as calças?" O efeito terapêutico fora nulo. Por outro lado, durante dez anos ela recusou-se a entrar num consultório, achando que todos os psicólogos fossem como aquele. Felizmente isso está longe de ser verdade, tanto entre os psicanalistas sérios como também nas outras escolas de psicoterapia.

Esta visão da fobia como consequência de um conflito interno representa um dos pilares da teoria psicanalítica. Embora pouco operacional na terapia, sua dimensão poética e misteriosa contribuiu enormemente para seu enorme sucesso entre grandes escritores, cujo talento a tornou bastante popular. Por exemplo, em sua novela *O medo*, o escritor austríaco Stefan Zweig, profundamente influenciado pelas teorias psicanalíticas, descreve as angústias fóbicas de Irene Wagner, uma dama burguesa que se entregara ao adultério[90]:

> Quando Irene, deixando o apartamento de seu amante, desceu as escadas, novamente um medo imprevisto e irracional apoderou-se dela. Uma nuvem negra cercou seus olhos, seus joelhos se paralisaram e ela viu-se obrigada a segurar depressa no corrimão para não tombar bruscamente de cabeça para frente... Lá fora já o medo aguardava por ela, impaciente por agarrá-la, e a comprimia imperiosamente o

> coração que logo aos primeiros passos já estava ofegante... Acredita... que seja... sempre o medo... que segura as pessoas? Não seria, às vezes... a vergonha... a vergonha de abrir seu coração... e desnudá-lo diante de todos?

O sentimento de culpa de Irene era, segundo Zweig, a causa de seus mal-estares fóbicos.

É possível, mais uma vez, que esta abordagem possa ser válida, de vez em quando. Mas parece estar longe de sê-lo sempre. O problema é que se começarmos a investigar causas de conflitos intrapsíquicos, rapidamente nós as encontraremos às dezenas. Por outro lado, tais conflitos podem exercer um papel não específico, enquanto fator global de estresse, sem que seja necessariamente o caso de atribuir-lhe qualquer significado simbólico. Se uma pessoa fóbica tem dificuldades conjugais ou sexuais, nada prova que elas sejam a causa de seus medos; por outro lado, com certeza essas dificuldades irão contribuir para agravá-los.

4.8 Cuide de si mesmo: medos, fobias e higiene de vida

O que segue é um conjunto de *pequenos* conselhos modestamente eficazes: nem realmente suficientes, nem forçosamente necessários, todos esses pequenos detalhes são simplesmente úteis. Como numa corda, cada fio, sozinho, é insuficiente para produzir um notável efeito, mas juntos uns dos outros, eles podem tornar-se eficazes. O princípio é bastante simples: tudo o que é bom para sua saúde é bom para sua fobia...

4.8.1 Exercício físico

Todo exercício físico é benéfico para as pessoas que sofrem de medos excessivos. Antes de tudo, por razões gerais: o exercício físico regular aumenta o bem-estar em todo mundo[91]. Depois, por um efeito positivo da atividade física sobre o humor: sabe-se que o exercício eleva ligeiramente o nível médio de nosso ânimo[92]. Ligeiramente, quer dizer, a atividade física deverá ser regularmente repetida. E não se deve esperar

nenhum milagre, mas entender a atividade como um investimento em longo prazo.

Enfim, por um efeito específico sobre a hipersensibilidade ansiosa, este "medo do medo", de que já falamos[93]. O exercício físico reproduz parcialmente as sensações fisiológicas ligadas ao medo, como aceleração do ritmo cardíaco, hiperventilação, transpiração etc. Familiarizar-se com essas sensações ajuda a lidar com a reação aos mesmos fenômenos quando advêm as situações angustiantes. Para as pessoas que sofrem de fobia de suas sensações fisiológicas, como é o caso no pânico agudo, exercícios mais intensos serão necessários; mas é para essas pessoas que eles serão mais difíceis de cumprir, por medo de desencadear um mal-estar. O terapeuta, às vezes, deve se transformar em professor de ginástica: eu, muitas vezes, faço meus pacientes correrem pequenos trajetos, pularem corda (é um excelente exercício para acelerar o ritmo cardíaco, como bem o sabem os lutadores de boxe); ou os mando subirem e descerem de quatro em quatro os cinco andares do prédio onde fica nossa clínica. Às vezes, nas escadas eles cruzam com meus colegas, que não se espantam mais com nada da parte de nosso pequeno grupo de comportamentalistas...

A dose de exercício desejável parece ser o equivalente a três vezes por semana, uma caminhada de meia hora, no ritmo mais acelerado possível. É com vocês!

4.8.2 Alimentação

Até hoje ainda não existe um regime alimentar antifobia. Se vier a confirmar-se no futuro o efeito dos célebres ácidos graxos Ômega 3[94] sobre o equilíbrio emocional, então será legítimo esperar contar com sua eficácia sobre os desequilíbrios emocionais, que nunca deixam de estar presentes nos medos excessivos. Mas, por enquanto, é prematuro afirmá-lo. Lembremos que os Ômega 3, que nosso corpo não sintetiza, como as vitaminas, encontram-se em alimentos como peixes gordurosos

(sardinhas, salmão, atum...), as nozes, o óleo de colza (canola), alguns vegetais como o *pourpier* (em português, portulaca, bredo-de-porco, caaponga, ora-pro-nobis) ou espinafre etc.

Sabe-se, por outro lado, que há alimentos, ou, melhor dito, há "toxinas" a evitar. Algumas, claramente, causam ansiedade, como o café, que aumenta a sensibilidade ao medo. Se você consumiu muito café, irá sentir acessos de medo mais violentos e difíceis de controlar. Em fortes doses, a cafeína induz à dependência e mantém em estado de tensão. Na prática, as pessoas mais fóbicas o evitam porque não suportam a sensação de tensão física causada pela cafeína. Muitas outras, porém, extrapolam o consumo, agravando, sem o saberem, seu estado emocional...

O álcool e as drogas também, muitas vezes, são utilizados pelos pacientes para tentar controlar seus medos. Ambos acalmam a tensão física, mas às custas de sérios efeitos nocivos, inclusive uma dependência séria e rápida. Mais uma vez, se por um lado alguns pacientes fazem uso excessivo deles, como se se tratasse de remédios, outros, por sua vez, não suportam a sensação de perda de controle que pode decorrer da ingestão de álcool ou do uso de drogas e os evitam cuidadosamente. Isso reforça a ideia de que cada medo obedece em parte às suas leis biológicas e psicológicas próprias.

Enfim, quanto ao cigarro, também é um fenômeno ambíguo: os pacientes costumam ter a impressão de que fumar os acalma no curto prazo, mas na realidade acredita-se que o tabaco é um fator que, no longo prazo, fragiliza as pessoas. As pesquisas disponíveis indicam que, na verdade, muitos fumantes apresentam transtornos fóbicos. O tabaco parece ajudar a controlar seu humor. Mas possui dois inconvenientes, a saber, aumenta a ansiedade e, na abstinência, os sintomas explodem: aparecem o nervosismo e a insônia, que impelem o paciente a voltar a fumar.

É inútil culpar-se se você não consegue privar-se de algum desses produtos, mas nesse caso é fortemente recomendável que você procure a ajuda de um terapeuta acostumado a lidar com essas dependências, a fim de que ele lhe explique que caminho seguir[95].

4.8.3 O estresse torna os medos mais graves

Todos os pacientes fóbicos sabem que há "dias com e dias sem". Dias em que, por bizarro que seja, os medos aparecem de forma menos oprimente, e outros em que vêm com o dobro da intensidade. Uma das explicações a essas flutuações costuma ser o nível global de estresse. Quanto mais você estiver estressado pela vida e o seu dia a dia, mais a fobia tende a aparecer e afetá-lo.

Sabe-se que a ativação do sistema nervoso simpático, que é um dos componentes do estresse, facilita claramente os condicionamentos ansiosos: se já estiver estressado por outros motivos, uma experiência desagradável deixará marcas mais profundas e mais duráveis. Muitos pacientes com pânico descrevem, assim, que antes do primeiro ataque de pânico, do qual se lembram, geralmente, com muita precisão, pois foi uma experiência traumática, eles tinham atravessado uma fase de estresse existencial importante, rupturas reais ou simbólicas, mudanças diversas[96]. Portanto, quanto mais tenso você estiver, mais as ocasiões de medo se transformarão em experiências emocionais sofridas e deixarão marcas permanentes e dolorosas. Essa também é uma das razões para a eficácia – indireta – da gestão do estresse em pessoas fóbicas.

4.9 Aprenda a relaxar e meditar

As fobias são doenças psicossomáticas no sentido primordial do termo: inúmeros de seus sintomas se exprimem corporalmente. E tais expressões somáticas, por sua vez, nutrem e pioram os fenômenos psicológicos. Daí a importância de interromper esse círculo vicioso...

4.9.1 Por que e como relaxar?

As pessoas fóbicas tendem, muitas vezes, a entrar em tensão psicológica e física excessiva[97]. Os exercícios de relaxamento podem permitir-lhes treinar o sistema de "frenagem emocional", que representa o sistema nervoso parassimpático, pois a tensão física depende da ativação do sistema simpático e o sistema parassimpático é seu antagonista. O relaxamento ativa o sistema parassimpático, que promove a diminuição do ritmo cardíaco, o relaxamento dos músculos e outras manifestações opostas às desencadeadas pelo medo.

Portanto, relaxar é muito benéfico. Mas a terapia não pode restringir-se a ela: tratar uma fobia apenas com relaxamento, evidentemente, seria insuficiente. O relaxamento é um utilitário para a qualidade de vida, para o controle emocional, uma forma de investimento em longo prazo, mais do que um método capaz de fazer frente às explosões de medo.

O relaxamento pode ser praticado em diferentes níveis de complexidade*. Num primeiro nível, pode-se praticá-lo por uma simples tomada de consciência de suas sensações corporais e de exercícios de repouso fáceis (respiração profunda e calma, posição confortável), efetuados com bastante frequência e a qualquer hora durante tarefas corriqueiras do dia a dia, para fazer baixar o nível médio de tensão ansiosa. São os chamados "minirrelaxamentos"[98].

Em um nível mais aperfeiçoado, pode-se propor exercícios mais completos para compreender o relaxamento físico e fazer com que se torne, aos poucos, um hábito: pois quanto mais frequentemente você relaxar, mais facilidade terá para chegar ao estado de relaxamento. Com efeito, felizmente a memória do corpo funciona nos dois sentidos, embora seja mais fácil e natural ficar tenso do que relaxar. É, novamente, a prioridade natural dos reflexos ligados à sobrevivência, em detrimento daqueles que favorecem a qualidade de vida...

Como abaixamento do nível médio de tono simpático, a pessoa fóbica pode esperar distanciar-se da zona de perigo, onde o nível elevado das

tensões físicas pode provocar o deslanche brutal de crises de angústia.

Atenção: o relaxamento não tem o objetivo de fazer desaparecer por completo a sensação de ansiedade. O retorno do medo não deve ser visto como a prova do fracasso ou da inutilidade do relaxamento. No máximo, você deve considerar o relaxamento como um recurso de apoio à qualidade de vida global, mais do que como um método terapêutico.

4.9.2 A meditação pode ser útil para lidar com os medos excessivos?

As técnicas de meditação, recentemente introduzidas no campo dos transtornos fóbicos, estão um pouco em alta. Seus benefícios para o bem-estar psicológico global são comprovados[99]. No domínio das fobias e dos problemas de ansiedade em geral, trata-se provavelmente de um campo promissor, mas a respeito do qual ainda faltam certezas maiores quanto à sua real eficácia terapêutica[100]. A meditação, principalmente em sua forma de "plena consciência" (do termo inglês *mindfullness*), consiste em treinar pouco a pouco sua consciência a permanecer num estado de aceitação tranquila daquilo que nos cerca (p. ex., os barulhos à nossa volta) e do que sentimos (p. ex., nossos pensamentos, nossas emoções e sensações).

A tarefa, portanto, é duplamente difícil para as pessoas fóbicas, que normalmente estão em estado de alerta e de luta cara a cara com o meio em que vivem e com seus pensamentos e sensações físicas. Para elas, os benefícios da meditação poderiam situar-se em três níveis.

O primeiro seria o de facilitar o relaxamento: muitas pessoas ansiosas têm dificuldades de relaxar porque são por demais receptivas ao mínimo incômodo, ao mínimo apelo que chame sua atenção. Só conseguem desligar-se na calmaria, sem barulhos ao seu redor... Ora, tais condições raramente se encontram no cotidiano. Aprender a desligar-se dos barulhos exteriores ("Ah, esses motores de automóveis!"), ou dos pensamentos parasitários ("Quando penso em tudo que tenho para fazer

depois de minha sessão de relaxamento...") é, portanto, algo precioso para os fóbicos.

Um segundo benefício pode ser alcançado neste trabalho sobre a atenção vigilante e dispersa das pessoas fóbicas. Já descrevemos a que ponto os medos fóbicos, muitas vezes, eram associados a problemas de atenção, mais ou menos importantes, conforme as pessoas. A maioria dos fóbicos, geralmente, tem dificuldade em fixar a atenção. Na verdade, sua atenção está em geral ocupada com a vigilância inquieta, mais do que com a observação tranquila. Os fóbicos sofrem para abandonar seu reflexo de observação do ambiente. O paradoxo é que, ao mesmo tempo, quando identificam aquilo que lhes causa medo, é-lhes muito difícil fixar a atenção sobre o objeto desse medo, por um reflexo de evitamento. E esse seria o único modo de criar, gradualmente, uma familiaridade com isso. As sessões de meditação podem representar, então, uma espécie de treino para controlar melhor os processos de atenção, com o fim de facilitar os confrontos com as imagens, pensamentos ou sensações inquietantes.

Finalmente, um último benefício psicológico pode ser encontrado nos métodos de meditação: desenvolver as capacidades de aceitação dos estados emocionais negativos. Este é, por exemplo, um dos objetivos da meditação budista[101]. Por isso alguns terapeutas a utilizam, sobretudo para prevenir recaídas depressivas[102], mas também, recentemente, ao lidar com diferentes problemas de medos e ansiedades na psicoterapia[103]. Para as pessoas fóbicas, os exercícios consistem em deixar que cheguem, depois, a aceitar as sensações, pensamentos, emoções, imagens desagradáveis que possam vir, sem tentar imediatamente afastá-las ou discuti-las. Simplesmente dizer:

> O que me causa medo pode vir a qualquer hora. Se não veio ainda, pode ser que nunca venha, mas pode ser que chegue logo. Eu preciso aprender, aos poucos, a suportar tais imagens e ideias. E, se necessário, a agir para impedir a vinda das catástrofes que temo. Mas minha inquietação, essa não me serve para nada, ela não mudará o curso das coisas. Meus atos é que modificarão o curso das coisas...

Com meus pacientes, eu costumo utilizar a imagem da rolha de cortiça que boia nas águas do oceano: as ondas do medo a fazem subir e descer, mas ela continua a flutuar. Mesmo que as ondas sejam enormes, basta deixá-las passar...

4.10 Mantenha seus esforços por longo prazo

É possível ficar realmente curado de uma fobia? É possível, um dia, encontrar-se definitivamente livre de seus medos? Ou devemos aceitar conviver com um resquício de tendências fóbicas? Todo o problema está na definição de cura de uma fobia, e é sobre isso que iremos falar no próximo capítulo.

Parece que, na realidade, uma vez fóbico, continua-se sempre a ser um "ex-fóbico", de alguma maneira. Normalmente, a experiência dos medos excessivos se instala por diversos anos, e assim representa um pedaço de si que não se pode cancelar. Por outro lado, as vulnerabilidades emocionais que estiveram na sua origem geralmente continuarão a existir. Mas isso nem é o mais importante. O mais importante é que, se conseguimos dominar a fobia uma vez, é como aprender a andar de bicicleta, não esquecemos mais. E menos ainda se pode esquecer quando se anda de bicicleta regularmente...

O que ouvimos de nossos antigos pacientes fóbicos nos diz que a maior parte deles se encontra mais bem protegida da volta dos medos patológicos se conserva permanentemente todos os esforços de que acabamos de falar. Isto se lhes torna cada vez mais fácil com o tempo, pois o que era *esforço* tende a tornar-se automatismo e estilo de vida.

Dar continuidade aos exercícios de exposição ao medo sob a forma de uma espécie de "ginástica psicoemocional" representa, sem dúvida, o método mais eficaz. Dessa forma, encorajamos nossos pacientes a praticar regularmente os confrontos com seus "medos preferidos". Por exemplo, para os fóbicos sociais, fazer teatro depois de concluir a terapia, ou inscrever-se em um clube ou outro grupo, onde poderão tomar a

palavra diante de outras pessoas, com frequência. Para quem sofre de transtorno de pânico, continuar inserindo-se na multidão, por exemplo, fazendo suas corridas nos sábados, de vez em quando, e indo às feiras e liquidações. Para quem tem fobia de pombos, esforçar-se para dar-lhes de comer nas praças...

Essas "doses antiesquecimento" parecem exercer um papel muito importante em termos de manutenção dos progressos realizados, e representam uma boa arma "antirrecaída". Elas consolidam os mecanismos naturais de cicatrização dos medos fóbicos, pois no fundo o objetivo de todos os esforços é bem este: permitir que as experiências de vida nos enriqueçam e não nos fragilizem. O destino "normal" de um medo não justificado (não me refiro aos medos ligados a um perigo objetivo e imediato) é desaparecer. Mesmo que uma ou várias experiências nos tenham marcado dolorosamente, perceber que na confrontação, em seguida, o tal perigo temido não aparece, deve, pouco a pouco, levar à cura. É o que faz com que, depois de uma mordida de cachorro, a maioria das pessoas não se torna fóbica de cães. Ora, é exatamente esta cicatrização psicológica que os mecanismos dessas doenças do medo que são as fobias impedem de acontecer. Este é o objeto dos esforços que acabamos de descrever.

Desse modo, nossos antigos pacientes ex-fóbicos tornam-se cada vez mais fortes diante dos retornos do medo. Um deles, que escapou de uma severa crise de pânico, retornava a cada ano para uma consulta comigo, um ritual que se tornou desnecessário diante de seus progressos, mas que lhe dava mais segurança. Um dia ele comparou o trabalho feito na terapia com a construção de um prédio antissísmico:

> Antes eu desabava sob os golpes do ataque de pânico. Agora tenho a impressão de ser um edifício capaz de resistir aos terremotos. Sinto o tremor chegar, acontecer e desaparecer. Isto me aconteceu muitas vezes. Como você me aconselhou, eu continuo a testar-me regularmente com as situações que me causavam medo. Percebo que estou bem. Então, não tenho mais medo. Decidi não ter mais medo daqui para frente, não ficar mais receando uma recaída a qualquer hora, e vou aproveitar a vida...

81. ELLIS, A. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Nova York: Birch Lane, 1994.

82. DE JOONG, P.J. et al. Blushing may signify guilt: revealing effects of blushing in ambiguous social situations. *Motivation and Emotion*, 27, p. 225-249, 2003.

83. SÜSKIND, P. *Le Pigeon*. Paris: Fayard, 1987.

84. WENZEL, A. et al. Autobiographical memories of anxientyrelated experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 42, p. 329-341, 2004. • LANG, A.J. et al. Fear-related state dependant memory. *Cognition and Emotion*, 15, p. 695-703, 2001.

85. JANET, P. *Les Névroses*. Paris: Flammarion, 1909.

86. RIHMER, Z. Comorbidity between phobias and mood disorders. In: MAJ, M. et al. (org.). *Phobias*. Chichester: Wiley, 2004.

87. BOUMAN, T.K. Intra- and interpersonal consequences of experimentally induced concealment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, p. 959-968, 2003.

88. GEORGE, F. *L'Effet 'Yau de poêle*. Paris: Hachette, 1979.

89. VAN RILLAER, J. *Les Illusions de la psychanalyse*. Bruxelas: Mardaga, 1980, p. 217.

90. ZWEIG, S. *La Peur*. Paris: Grasset, 1935.

91. DILORENZO, T.M. et al. Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes. *Preventive Medicine*, 28, p. 75-85, 1999.

92. THAYER, R.E. Rational mood substitution: exercise more and indulge less. In: THAYER, R.E. *The Origin of Everyday Moods*. Oxford: Oxford University Press, 1996, p. 157-168.

93. BROMAN-FULKS, J.J. et al. Effects of aerobic exercise on anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 42, p. 125-136, 2004.

94. SERVAN-SCHREIBER, D. *Guérir*. Paris: Laffont, 2003.

95. CUNGI, C. *Faire face aux dépendances*. Paris: Retz, 2000.

96. VENTURELLO, S. et al. Premorbid conditions and precipitating events in early-onset panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, p. 28-36, 2002.

97. BARLOW, D.H. Biological aspects of anxiety and panic. In: BARLOW, D.H. *Anxiety and its Disorders*. Nova York: Guilford Press, 2002, p. 180-218.

98. ANDRÉ, C. et al. *Le Stress*. Toulouse: Privat, 1998.

* Você encontrará algumas propostas de exercícios de relaxamento e meditação no fim do livro [N.T.].

99. BROWN, K.W.; RYAN, R.M. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, p. 822-848, 2003.

100. MOHLMAN, J. Attention-training as an intervention for anxiety: review and rationale. *Behavior Therapist*, 27, p. 37-41, 2004.

101. GOLEMAN, D. *Surmonter les émotions destructrices*. Paris: Laffont, 2003.

102. SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. *Mindfullness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Nova York: Guilford Press, 2002.

103. TONEATTO, T.A. Metacognitive therapy for anxiety disorders: buddhist psychology applied. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, p. 72-78, 2002.

5
Saber tudo sobre o tratamento das fobias

O que significa curar-se de seus medos?

Curar-se é reencontrar sua liberdade de movimentos e não, apenas, adaptar-se aos seus medos excessivos, ou acostumar-se com a tirania deles.

É também ter aprendido a enfrentá-los no futuro, pois os grandes medos têm memória longa e sempre tentam retornar.

Eles não são fenômenos imateriais: residem no fundo de nosso cérebro. Por isso qualquer tratamento deve levar em consideração a dimensão biológica dos medos excessivos.

Os medicamentos servem para isso, com certeza. Porém, a incrível descoberta dos últimos anos é que as psicoterapias são muito mais eficazes: os esforços que fazemos podem modificar nossa estrutura cerebral. Isto se chama neuroplasticidade. É o tratamento mais ecológico que se pode imaginar contra os grandes medos. Esta é uma boa notícia para quem vive à mercê das fobias...

> *A ciência que instrui e o medicamento que cura, sem dúvida, são coisas muito boas. Mas a ciência que engana e o medicamento que mata são coisas más. Aprenda a distingui-las.*
> ROUSSEAU, J.-J. *Émile, I.*

Se você sofre de medos severos, é provável que precise recorrer a um terapeuta. Paradoxalmente, você começará, então, a ter alguns outros incômodos. Como encontrar a terapia adequada e o terapeuta correto?

Imaginemos que você tenha problemas cardíacos e tome o parecer de dez cardiologistas. É provável que as opiniões sejam próximas, bem como a proposta de tratamento de cada um. Contudo, se, por dificuldades psicológicas, você consultar dez psiquiatras, psicólogos ou psicoterapeutas, o quadro se complica. É provável que você saia de dez

consultas com dez opiniões diferentes e uma grande variedade de propostas terapêuticas.

Os otimistas dirão que esta variedade é uma bênção: é melhor ter muitos métodos possíveis de cura do que apenas um. Os pessimistas apontarão os inúmeros problemas que isso traz.

O primeiro deles é que, geralmente, os pacientes se sentem perdidos diante de um panorama destes, composto de diversas ofertas de cuidados e obedecendo a uma lógica totalmente imprevisível. Eles irão, com razão, perguntar-se se todas as diferentes abordagens têm a mesma eficácia. Além disso, muitos oponentes da psicologia aproveitam dessa flutuação artística para concluir que ela, decididamente, não pode ser considerada uma disciplina científica confiável. Para completar o quadro, notemos que muitos terapeutas complicam alegremente essa desordem comportando-se, eles mesmos, de maneira irresponsável: apresentam, às vezes, o seu método como o único capaz de curar e todos os demais como ineficientes ou prejudiciais. Isto decorre de sua formação: nas faculdades de psicologia, alguns professores doutrinam seus alunos a não desenvolverem a tolerância nem a abertura de espírito, e os levam, assim, a um erro de perspectiva: quando se é terapeuta de uma escola, só se conhece os fracassos das demais escolas. Um comportamentalista passa seu tempo recebendo pacientes para quem a psicanálise não funcionou; pois os que melhoraram não vêm procurá-los...

Mas voltemos ao essencial: às pessoas que sofrem de medos muito grandes. Sua expectativa é muito simples: curar-se. Mas a definição do que é uma cura em psicologia não é sempre e exatamente simples...

5.1 É possível curar-se de uma fobia?

Curar alguém não é simplesmente fazer com que os sintomas diminuam, ou mesmo fazê-los desaparecerem. É também fazer com que a pessoa saiba enfrentá-los se eles voltarem.

Devido a suas raízes biológicas, a fobia é uma forma de vulnerabilidade crônica, cujo tratamento supõe todo um aprendizado destinado a jugular os medos que ela gera. Isto influencia, portanto, a maneira como se irá definir o que seja a cura de uma fobia.

5.1.1 Curar-se é, antes de tudo, fazer com que os sintomas do medo diminuam ou desapareçam

A cura de uma fobia supõe a diminuição clara dos seus sintomas, em número e intensidade. Entre os sintomas mais incômodos, pelos quais os pacientes procuraram a terapia e dos quais desejam sobremaneira livrar-se, estão as manifestações emocionais (medo e, às vezes, vergonha) e as manifestações comportamentais (evitamentos).

Por exemplo, curar-se de uma fobia de pombos é parar de ter medo de pombos, ou ter apenas um medo moderado, que não obriga a evitá-los: "Não dou mais caminhadas longas para não precisar atravessar a praça"; e adquirir a capacidade de enfrentá-los: "Se um pombo mais intrépido do que os outros se aproxima muito de mim ou do meu filho no carrinho, sou capaz de espantá-lo sem tremer de pavor".

Mas outra questão, imediatamente, se apresenta: é necessário fazer com que os sintomas de medo desapareçam *totalmente*? Será que curar-se de uma fobia significa *nunca mais* correr o risco de ficar com medo?

Não, o fim de uma terapia é fazer com que o medo tenha intensidade moderada: objetivo quantitativo; mas principalmente que o paciente possa superá-lo: objetivo qualitativo. Pois o problema das fobias não é apenas o medo em si mesmo, mas a incapacidade de controlá-lo: é a vulnerabilidade ao medo.

5.1.2 Curar-se é, também, aprender a enfrentar os seus medos

Por isso, o segundo critério indispensável para falar de cura é a capacidade de enfrentar a volta do medo. Tal retorno, muitas vezes, é fator de desencorajamento para os pacientes. Depois de terem feito tanto

progresso, eles se veem sacudidos por um novo acesso de medo que pode levá-los a um novo evitamento. Trata-se de uma recaída? Ou da evidência de que seus esforços foram em vão? Não, é simplesmente o processo normal de cura. O medo não desaparece de uma só vez. Há novas erupções, mas que serão cada vez mais raras, mais fracas, menos desestabilizadoras.

Por exemplo, no caso dos ataques de pânico, muitas vezes associados à agorafobia, curar é acabar não sentindo mais medo. Mas, antes disso, é ser capaz de freá-los com rapidez se um deles ocorre, como pode acontecer em caso de períodos de vida fatigantes ou estressantes. Diante do retorno do medo, os pacientes passam a ser capazes de não perder o controle e fazer o necessário para não deixar o medo aumentar, e impedir que se transforme em ataque de pânico.

Isto supõe que a pessoa tenha assumido ativamente sua melhora, que tenha compreendido os mecanismos do medo e que já tenha experimentado concretamente, com ajuda de um terapeuta, de que maneira se pode lutar contra o surgimento da angústia. Por isso é, como veremos, que a simples medicação, ou a diminuição espontânea – rara mas possível – dos sintomas, pode suavizar e permitir um alívio temporário, mas não autêntica cura, de acordo com nossos critérios.

5.1.3 Que recursos existem, hoje, para a cura?

Existem diversas portas de entrada para a cura, o que não é de admirar, dada a complexidade de mecanismos das fobias. Provavelmente, todo método de terapia é capaz de curar pacientes com fobia. Há ainda inúmeras pessoas com fobia que nunca viram um terapeuta e que se curaram por caminhos muito pessoais.

Mas, mesmo assim, os fóbicos têm o direito de saber o que funciona melhor ou mais frequentemente. Quer dizer, o que deveria ser tentado primeiro.

Precisamos, portanto, de estudos de avaliação que permitam responder às questões que todos os pacientes têm direito de colocar.

As perguntas mais frequentes referem-se aos medicamentos: Quais serão os efeitos dessas moléculas sobre as várias manifestações da fobia? Isto apenas me acalmará? Ou poderei, com isso, também enfrentar as situações que, hoje, me causam tanto medo? Sentirei efeitos colaterais desagradáveis? Quando eu parar de usar os medicamentos, o progresso que eu tiver feito se manterá. Hoje a legislação impõe a todo fabricante de remédios destinados a fobias severas que responda a essas questões. Isto supõe que as moléculas sejam submetidas a análises rigorosas antes de se poder afirmar sua eficácia no tratamento das fobias. Veremos que, no âmbito dos medicamentos, a tendência atual é de utilizar-se menos calmantes e dar preferência a antidepressivos bem específicos que agem sobre um neurônio chamado serotonina, de onde seu apelativo de "serotoninérgicos". São estes os medicamentos que mais se estuda para conhecer sua eficácia no tratamento de fobias.

Com relação às psicoterapias, as perguntas mais frequentes são as seguintes: Quanto vai durar o tratamento? Em que ele consiste, exatamente? Que provas existem de sua eficácia? Os efeitos são duráveis ou não? Quantos pacientes com o mesmo problema que o meu melhoraram com essa terapia? Por surpreendente que pareça ser, até o momento não constava uma avaliação em andamento sobre as psicoterapias que tenha sido levada a conhecimento do grande público em nosso país. E as psicoterapias existem desde muito antes dos medicamentos modernos! No entanto, uma avaliação assim é de fundamental importância para os pacientes que, senão, são obrigados a confiar na palavra dos terapeutas que encontram. Mas, felizmente, as coisas estão começando a mudar, sobretudo com a recente publicação de um relatório do Inserm (Instituto Nacional da Saúde e da Pesquisa Médica), a propósito da eficácia das psicoterapias[104]. Este trabalho que

sintetiza todos os estudos disponíveis lembra o que a comunidade científica sabia desde muitos anos: as psicoterapias que primeiro devem ser recomendadas para o tratamento de transtornos fóbicos são as terapias comportamentais e cognitivas (TCC). Não significa que os demais tipos de terapia sejam ineficazes, mas que, em todo caso, em sua forma atual, isso não é tão nítido nem tão frequente. Portanto, o mais lógico é começar por uma TCC antes de voltar-se para outras psicoterapias.

Se as TCC e os medicamentos são, hoje, praticamente os dois únicos tratamentos que demonstram bons resultados, provavelmente isto se deve ao fato de que ambos são capazes de agir sobre a dimensão biológica das fobias[105]. Isto não é de admirar no caso dos medicamentos, onde moléculas agem sobre a química do cérebro, mas é muito revolucionário no caso das psicoterapias! Uma das vantagens das TCC sobre os medicamentos é que as mudanças biológicas provocadas no cérebro são, de alguma forma, "autoproduzidas" como se eles mesmos tivessem fabricado um medicamento endógeno. De que forma um percurso psicológico pode modificar o funcionamento cerebral? Este é o objeto de um dos maiores avanços desses últimos anos na psiquiatria...

5.2 Os indispensáveis caminhos biológicos da cura

Falamos no capítulo anterior, e lembraremos rapidamente aqui os dados sobre o "porquê" de uma fobia: 1) a natureza nos predispôs, normalmente, a termos medo de certas coisas (animais, altura, escuro, pessoas desconhecidas...); 2) tais medos estão ligados a circuitos cerebrais próprios a todo o gênero humano; 3) os acasos da genética ou da vida fizeram com que alguns dentre nós sintam "medos excessivos"; 4) tais medos excessivos, os medos fóbicos, correspondem a uma desregulagem dos circuitos cerebrais do medo normal, uma capacidade excessiva para ativar-se e insuficiente para desativar-se. Como as alergias, devem-se a uma desregulagem da imunidade normal, ou a

hipertensão arterial a uma desregulagem dos mecanismos que modulam nossa pressão sanguínea.

5.2.1 É preciso curar o cérebro para curar o espírito

Por complexo que seja, o cérebro é um órgão de nosso corpo, e nossos pensamentos como nossas emoções repousam sobre uma base *material*. Esta base é feita de intercâmbio de informações entre nossos neurônios (as células no nosso cérebro) através das sinapses (sistemas de conexão entre tais células). Um tratamento eficaz deve, obrigatoriamente, agir sobre essa dimensão biológica, de forma direta, como os medicamentos, ou de forma indireta, como as TCC.

Lembre-se: mencionamos no capítulo anterior como as desregulagens da fobia podiam ser representadas por um desequilíbrio da harmonia do diálogo entre a amídala cerebral, o verdadeiro centro do medo, e o córtex pré-frontal, de cujas funções faz parte regular nossos medos para nos permitir usá-los bem[106]. E o que dizem as neurociências sobre a cura dos transtornos emocionais pelas psicoterapias[107], é que é difícil diminuir os medos fóbicos simplesmente refletindo e discutindo sobre eles. Esse é o problema das psicoterapias puramente verbais: sua influência sobre as fobias é quase nula, ou muito lenta, pois, falando simplesmente, é provável que elas não exerçam nenhum impacto sobre a amídala e não provoquem nenhuma reconfiguração sináptica, a que se dá o nome de neuroplasticidade, entre a amídala cerebral e o córtex pré-frontal. Ora, esta modificação da arquitetura funcional cerebral é, sem dúvida, indispensável para a cura desses transtornos emocionais severos que são as fobias.

5.2.2 Pode-se modificar a arquitetura cerebral através da psicoterapia?

É muito provável, portanto, que as psicoterapias mais eficazes sejam aquelas em que há uma ativação emocional, que permitirá uma reconfiguração, o estabelecimento de novas conexões sinápticas. Toda

terapia que pretenda atuar sobre as fobias deve fincar raízes na experiência emocional. Mas não se trata, simplesmente, de "liberar suas emoções", ou de senti-las violentamente para dar efeito. É indispensável que essa experiência de confronto com os medos, aliás, bastante dolorosa, seja enquadrada e canalizada por comportamentos e modos de pensar adequados. É isto que as TCC propõem: uma vez que os medos estiverem reativados, eles serão objeto de estratégias destinadas a neutralizá-los e desativá-los[108].

Os esforços requeridos nas TCC precisam ser repetidos, pois existe uma desigualdade flagrante dos intercâmbios e conexões cerebrais em favor da amídala: as conexões desta rumo ao córtex são inúmeras, ao passo que as do córtex rumo à amídala são em número muito inferior. Em suma, a amídala pode "falar" muito ao córtex pré-frontal e transmitir-lhe comandos, mas ela recebe muito poucos em contrapartida...

Para dominar seus medos, antes é preciso convocá-los, suscitá-los e encará-los de outra maneira. Uma vez, dez vezes. E, aos poucos, novas conexões cerebrais se produzirão, segundo a teoria da neuroplasticidade. Este é o objetivo das teorias comportamentais, que ajudam o paciente a confrontar seus medos e ensinam-lhe a fortalecer suas capacidades de controlá-los, com exercícios cotidianos, que depois de terminada a terapia, ele pode continuar realizando, assim como um diabético ou um hipertenso continuam a seguir seu regime alimentar. Pouco poético, mas muito eficaz.

Ironia do destino: quando os psicanalistas prediziam, outrora, que as TCC teriam uma influência apenas superficial e que haveria recaídas, ao passo que a psicanálise, sim, ia às profundezas, parece que acontece o contrário. Pois os psicanalistas raciocinam apenas em termos de cérebro cortical, negligenciando totalmente o cérebro emocional e as reações corporais em geral, e só viram as TCC sob o ângulo das terapias da

aprendizagem, como um simples condicionamento. Na verdade, as TCC são, sim, terapias que passam pela aprendizagem, mas por aprendizagens muito numerosas e complexas, emocionais, psicológicas, comportamentais e diversas outras, que servem para tudo, menos para os procedimentos simplistas que se costumava acusá-las de terem. E, sobretudo, é o mais importante, elas curam os transtornos fóbicos. Um paciente meu, que havia seguido os dois tipos de terapia, disse-me um dia: "A psicanálise seduz, mas o comportamentalismo cura..."

5.2.3 A prova das imagens

Hoje é possível demonstrar, graças à técnica das neuroimagens, o impacto biológico das psicoterapias, pelo menos das TCC, e a provável relação entre essa eficácia biológica e sua eficácia "de campo". Mais interessante ainda, foi também possível demonstrar que elas agiam sobre as estruturas cerebrais com tanta eficácia quanto os medicamentos mais adequados, e às vezes com mais eficácia do que eles. Mesmo em caso de patologias tão severas quanto as de estados depressivos maiores[109] ou dos TOC, transtornos obsessivo-compulsivos[110]. E, obviamente, nas fobias: os primeiros estudos que demonstraram isto começaram a ser realizados em fobias de aranhas[111] e fobias sociais[112]. Há outros em andamento. Os resultados, sem dúvida, aos poucos, irão verificar-se sobre o conjunto do que se denomina "transtornos emocionais", essas desregulagens no funcionamento normal e adequado das emoções: a depressão como desregulagem da tristeza, as fobias como desregulagem do medo. A psicoterapia, portanto, pode muito bem modificar a arquitetura funcional do cérebro, a mesma que está na origem das reações excessivas de medo.

5.3 Há medicamentos contra as fobias?

Não existe medicamento "antifóbico", assim como não existem, por exemplo, "antidepressivos". Todavia, inúmeras moléculas agem sobre os

medos fóbicos...

5.3.1 Os tranquilizantes, os calmantes e outros ansiolíticos servem apenas para fazer o medo adormecer

Os tranquilizantes são capazes de um efeito rápido sobre as sensações subjetivas de angústia e de medo. Entre os mais utilizados, citamos o Lexotan® (nome genérico: Bromazepam®) ou o Frontal® (Alprazolam®). Ainda hoje, são tratamentos psicotrópicos, muitas vezes prescritos, ou autoadministrados pelos próprios pacientes.

Os tranquilizantes têm benefícios reais: diminuem rapidamente a sensação de medo e limitam sua intensidade. Por isso é que muitos pacientes fóbicos sempre os têm consigo "para o caso de" precisarem. Mas esses medicamentos apresentam também alguns problemas.

Antes de tudo, sua ação é muito incompleta e está longe de ser satisfatória: muitos fóbicos os tomam com o sentimento de "cobrir" sua angústia, e nada mais. Além disso, eles causam, muitas vezes, uma dependência e sua interrupção passa a ser problemática por causarem uma síndrome de abstinência, com o sentimento de um verdadeiro assalto da ansiedade quando o medicamento é suspendido; embora não seja tão dramático, isso nunca é algo agradável. Finalmente – e talvez isso seja o mais desconfortável – desconfia-se que os tranquilizantes mais receitados, os benzodiazepínicos, entravem o processo de aprendizagem do controle da angústia, que leva à cura. Dito de outra forma, quando se é fóbico, tomar seus remédios em altas doses durante muito tempo diminui, sim, a intensidade de seus medos, mas também os cristaliza. De fato, a maioria dos pacientes fóbicos que vemos em nossa unidade de cuidados toma tranquilizantes há anos, o que, sem dúvida, os têm ajudado a sobreviver no dia a dia, mas com certeza não os levou a se livrar de sua fobia.

Um estudo realizado com pacientes com fobia de viagens aéreas levou a essa conclusão[113]. Os pesquisadores propuseram a 28 pessoas fóbicas

do avião realizarem dois voos com uma semana de intervalo. No primeiro voo, metade delas, escolhidas ao acaso, recebeu uma dose eficaz de benzodiazepínicos, enquanto a outra metade recebeu um placebo. No segundo voo, nenhum medicamento foi distribuído. Durante o primeiro voo, os pacientes que tinham tomado tranquilizantes apresentavam um nível de medo menos elevado que os outros, enquanto no segundo eles se mostravam muito mais ansiosos, quando os outros viam seu medo diminuído em relação ao primeiro voo. Ou seja, os benzodiazepínicos podem ser eficazes para diminuir a ansiedade; mas, quando abandonados, esta reaparece com mais força do que antes, e a repetição das experiências de exposição faz alterar-se sua eficácia. Outros estudos desse tipo serão necessários para confirmar essa hipótese, pois esses trabalhos são ainda muito pequenos para generalizarmos suas conclusões.

Por outro lado, a tendência atual dos médicos é de não prescrever sistematicamente benzodiazepínicos nas fobias e de propor um uso com dosagem e duração controladas apenas àqueles pacientes cujos picos de medo são intensos demais. Além desses, existem outros medicamentos ansiolíticos, pertencentes a classes farmacológicas diferentes, para tratar a tendência à ansiedade generalizada.

Outro problema dos benzodiazepínicos é a maneira como atuam. Estudos de imagens cerebrais mostraram que eles desativam parcialmente, durante o sono, o sistema emocional amidalino[114]. Ora, sabemos que é durante a noite que nosso cérebro retoma e armazena o que é aprendido durante o dia... Quem sabe esses trabalhos indiquem uma outra pista para explicar essa intuição de inúmeros terapeutas: os pacientes que tomam benzodiazepínicos fazem progressos mais lentos do que os outros em terapia comportamental...

Parece, portanto, que um uso adequado dos benzodiazepínicos consista no seguinte: usá-lo apenas em casos pontuais, para medos

intensos, como um ataque de pânico, para encurtá-lo e limitá-lo, mas evitar o uso regular, por causa de diversos problemas como o risco de dependência, pois é difícil abandoná-lo; o risco de acostumar-se, pois com o tempo pode diminuir sua eficácia; e, talvez, como vimos, o risco de manter o problema em um nível intermediário: tem-se um alívio, mas não uma cura. É possível que o problema esteja no modo de ação dos benzodiazepínicos, os mais prescritos dos tranquilizantes: os receptores cerebrais dos benzodiazepínicos estão concentrados na entrada da amídala cerebral[115] e bloqueiam, assim, sua ativação a partir deste ponto. O alarme não é acionado, o que não deixa de ser confortável, mas é menos pedagógico do que se permitisse que o alarme acionasse, mas mais suavemente, de modo que permitisse aprender a controlá-lo. É isto que me dizia, com suas imagens próprias, uma jovem paciente: "Os tranquilizantes deixam meu medo drogado, o anestesiam, mas quando o efeito passa, tudo está exatamente como antes".

5.3.2 Alguns antidepressivos permitem controlar o medo

Outra categoria de psicotrópicos, por sua vez, é cada vez mais utilizada em algumas fobias severas, sobretudo as fobias sociais e o transtorno de pânico: trata-se dos antidepressivos.

Após algumas pesquisas realizadas na década de 1960[116], percebeu-se, na verdade, que alguns antidepressivos tinham também uma ação antifóbica, mesmo que o paciente não estivesse deprimido. Era, pois, um efeito específico sobre o medo e a ansiedade, e não sobre a depressão. Os antidepressivos com esta ação são sobretudo aqueles cujo mecanismo aumenta as taxas de serotonina, um neurotransmissor cerebral, por isso chamados "serotoninérgicos". Depois de utilizar antidepressivos chamados "tricíclicos" – ADT (assim denominados devido à estrutura química de sua molécula), os médicos, hoje, preferem prescrever esses antidepressivos serotoninérgicos de nova geração que não são, necessariamente, mais eficazes do que os precedentes, mas muito melhor

tolerados. Esses medicamentos, também chamados IRS ou inibidores da recaptação da serotonina, podem ser "seletivos" (eles agem principalmente sobre esse neurotransmissor) ou não (eles agem também sobre outros neurotransmissores). Entre os medicamentos que contam com autorização do Ministério da Saúde, para diferentes transtornos fóbicos, estão o Aropax® (nome genérico: paroxetina), o Efexor® (venlafaxina) ou o Cipramil® (citalopram).

Assim que os pacientes "respondem" à ação dos antidepressivos (nem sempre é o caso, razão por que muitas vezes é preciso tentar vários antes de obter um bom resultado), suas manifestações ansiosas diminuem em frequência e em intensidade, mas não desaparecem completamente. Dessa forma torna-se mais fácil para eles confrontar-se com o que os atemoriza, pois têm que enfrentar um medo, considerável, com certeza, mas que não chega a ser pânico. Muitas vezes, tais pacientes sob tratamento serotoninérgico descrevem também uma capacidade crescente de tomar um distanciamento em relação aos pensamentos fóbicos ligados ao sentimento de medo: "No começo do tratamento eu tinha os mesmos temores que me passavam pela mente, mas conseguia desobedecê-los, criticá-los, não submeter-me a eles. Depois, pouco a pouco, comecei a ver as coisas de outra maneira". Esse efeito de modulação emocional possibilita, portanto, um distanciamento e uma atitude crítica para com os tipos de pensamento fóbico e permite que o paciente se exponha mais às situações temerárias[117].

Apesar de suas vantagens em relação aos benzodiazepínicos, esses medicamentos também apresentam alguns problemas. Inicialmente, seus efeitos secundários: devido ao seu poder, eles costumam gerar alguns efeitos colaterais indesejáveis, como náuseas, irritabilidade ou, simplesmente, a sensação de "estar sob medicamento". São efeitos que podem levar o paciente a interromper o tratamento, ou provocar crises de angústia naqueles para quem a fobia comporta uma dimensão

interoceptiva, quer dizer, uma inquietação diante de sensações corporais percebidas como anormais ou não habituais. Além disso, um certo número de pacientes pode ter recaídas ao interromper a medicação. Finalmente, não se sabe exatamente, hoje, qual é a duração ideal de tal tratamento. Acredita-se que deva durar ao menos de seis a doze meses, como o tratamento de uma depressão severa, um tempo que permita à pessoa mudar seu estilo de vida na questão dos evitamentos, bem como sua visão de mundo, compreendendo emocionalmente, através do confronto, que as situações que ela temia não são tão perigosas assim.

Na verdade, porém, essas mudanças de perspectiva parecem dever-se menos ao medicamento em si e mais aos esforços da pessoa, quer dizer, os medicamentos cumprem um papel de apoio como uma muleta, permitindo enfrentar os medos e tirar as conclusões. É esse enfrentamento que é, em si mesmo, terapêutico. Os medicamentos não passam de – bons – instrumentos: sem o envolvimento e o empenho dos pacientes na mudança, os efeitos dos remédios ficam limitados ou transitórios.

5.3.3 Existem medicamentos "bio" com efeito antifóbico?

Desde a recente confirmação dos benefícios da milfurada (a tradicional erva-de-são joão) no tratamento de estados depressivos moderados[118], vê-se um retorno do interesse pelos medicamentos de origem vegetal na psiquiatria. Algumas pesquisas foram realizadas sobre os transtornos fóbicos, mas não ainda suficientes a ponto de permitirem esse tipo de tratamento[119]. É preciso ter em conta que "vegetal" não é sinônimo de "inofensivo": artigos de toxicologia em revistas médicas lembram regularmente casos de intoxicação ou de interação com outros medicamentos. Assim, a milfurada não deve ser associada aos antidepressivos serotoninérgicos, sob pena de efeitos secundários sérios. Mas podemos esperar que essa via de pesquisa rumo aos medicamentos

de origem vegetal continue a desenvolver-se: todas as ajudas são bem-vindas na luta contra as fobias severas.

5.3.4 O bom uso dos medicamentos

Sempre é preferível apresentar a prescrição médica não como um tratamento em si, mas como um auxílio para os esforços pessoais a serem realizados para modificar o comportamento fóbico: parar de fugir, enfrentar as situações fobógenas, modificar sua visão de mundo... O tratamento é apenas uma muleta, muito preciosa, com certeza, mas que não pode substituir os esforços pessoais. É assim, afinal, no tratamento de todas as patologias: a hipertensão arterial necessita dos mesmos esforços de higiene de vida, a asma, a diabete e todas as patologias ligadas a uma vulnerabilidade crônica.

Nenhuma prescrição de psicotrópicos nas fobias deveria ser pensada sem um acompanhamento psicológico mínimo, baseado em aconselhamento para a vida cotidiana a partir das terapias atuais mais eficientes, as terapias comportamentais. E, nos casos mais severos, de uma verdadeira psicoterapia comportamental.

5.4 As terapias comportamentais e cognitivas (TCC)

Por muito tempo apresentadas como terapias de aprendizagem, de "adestramento", diziam seus detratores, elas se verificaram as mais eficazes para tratar as fobias. Na verdade, é exatamente nesse tipo de transtorno que elas demonstram mais nitidamente sua diferença em relação a todas as demais formas de terapias. As TCC aumentam a liberdade de ação do sujeito fóbico e sua autoestima. Elas diminuem, nitidamente, a dependência à fobia. Mas são elas, também, que induzem menos aquele clássico efeito secundário: a dependência da terapia e da pessoa do terapeuta.

5.4.1 Em que consistem as terapias cognitivas e comportamentais?

As TCC são, há algumas décadas, as psicoterapias recomendadas em primeiro lugar no tratamento dos estados fóbicos[120]. Elas repousam sobre um conjunto de informações oriundas da psicologia científica e experimental e assumem elas mesmas o mesmo percurso, avaliando sistematicamente os resultados obtidos. Assim, longe de ser um bloco de conhecimentos condensados, suas técnicas evoluem constantemente: alguns métodos amplamente utilizados há dez anos, hoje diminuíram de intensidade, ao passo que outros surgiram com o tempo...

As terapias comportamentais e cognitivas dão mais prioridade ao trabalho sobre os sintomas e sobre a adaptação do indivíduo ao seu ambiente de vida do que à compreensão de elementos do passado, centrados unicamente no indivíduo. O terapeuta, aqui, adota um estilo relacional diretivo, dá informações e conselhos ao paciente, fazendo-o praticar exercícios durante as sessões e entre elas. O objetivo da terapia é fazer com que o paciente possa novamente enfrentar o que o atemoriza, e reencontrar assim uma autonomia e uma dignidade satisfatórias.

A lógica das TCC é, de alguma forma, recolocar os pacientes na direção correta, no sentido do caminho, ou seja, ao encontro das suas capacidades de curar-se de seus medos. Muitas vezes, como vimos, a lógica interna da fobia leva os pacientes a comportamentos, ao contrário, autoagravantes: evitar, ampliar seus medos... o que faz com que mais nenhum confronto lhes seja benéfico, de tanto que estão tomados pelas garras da fobia. O objetivo das TCC é que os enfrentamentos possam vir a tornar-se experiências das quais elas possam tirar proveito e não mais experiências traumatizantes ou que reafirmam sua incapacidade de fazer frente ao medo. O paciente continua, depois, a fazer progressos sozinho, sem o terapeuta. Este, além do mais, se posiciona como um pedagogo, que vai ensinar seu paciente a utilizar os métodos eficazes: uma vez que o paciente tenha compreendido como servir-se deles, o terapeuta não tem mais outra função do que a de encorajá-lo a ir adiante. Não há nada

de mais simples do que uma TCC! O paciente ouve, muitas vezes, coisas que já lhe foram ditas nas situações, no âmbito em que o medo ocorre. Um dia uma paciente, concluindo sua terapia, explicou-me isso magnificamente: "Tudo o que você me explicou durante nosso trabalho, já me tinha sido dito. Mas apenas aqui é que me foi mostrado, e que eu entendi".

5.4.2 Elogio do bom-senso

As terapias comportamentais e cognitivas podem parecer ser de uma simplicidade muito grande aos olhos profanos: afrontar o objeto de seus medos e dedicar-se a isso, de preferência, progressivamente, no fundo que nada mais é senão agir com bom-senso? É isso, na verdade. Mas, bizarramente, nem sempre o bom-senso foi considerado na psicoterapia. Alguns terapeutas preferiam adotar caminhos muito mais distantes, explicando aos pacientes que não deviam concentrar-se demais na própria cura nem no desaparecimento dos sintomas, chegando inclusive a ponto de ridicularizar um pouco a "vontade de curar" de alguns de seus colegas. O filósofo Raymond Aron, eclipsado por Sartre, falava do "sorriso do bom-senso". E outro esquecido da literatura, Franc-Nohain, escreveu: "O bom-senso não existe para fazer-nos realizar coisas grandiosas, mas para nos impedir de fazer bobagens"[121]. Em matéria de psicoterapia, o bom-senso foi deixado de lado há muito tempo. Agora está de volta, e isto é uma boa notícia.

Inúmeras ideias correntes vão contra o bom-senso; por exemplo, aquela de que o sofrimento nos faz bem ou nos torna mais criativos. Lembro-me de ter lido uma entrevista de Woody Allen, cheio de ansiedade perante o Eterno, a quem perguntaram se sua ansiedade não poderia quem sabe ser o motor de seu talento. E o bom Woody Allen, mestre em ansiedade e em criatividade, respondeu política, mas firmemente: "Eu não acho que quanto mais você estiver angustiado, mais será criativo. Pelo contrário, se você estiver sereno, seu trabalho é nada

menos que o melhor. Eu nunca me angustiei com a ideia de deixar de sê-lo"[122].

5.4.3 O pequeno Peter: primeiro caso de fobia tratado pela terapia comportamental em 1924

Pode-se considerar como a primeira terapia comportamental moderna de uma fobia específica, apoiada em dados da psicologia científica, a realizada em 1924 pela psicóloga americana Mary Jones com uma criança[123]. Peter era um garotinho de 3 anos, fóbico de coelhos e, num grau menor, também de ratos e rãs. Mary Jones decidiu tratá-lo por meio da utilização de duas técnicas conjuntas: o descondicionamento pela habituação progressiva e a imitação de modelos.

Durante as sessões, o menino era colocado sobre sua cadeira alta e se ocupava com atividades agradáveis, brincar ou comer seus alimentos preferidos. Durante esse tempo, um coelho era colocado numa gaiola no outro lado da sala. Após alguns sinais iniciais de medo, aos poucos Peter se acostumava com a presença do coelho. Na medida em que as sessões ocorriam, o coelho era colocado cada vez mais próximo da cadeira de Peter. A um dado momento da terapia, três meninos de sua idade foram convidados para vir brincar com o coelho na sala, enquanto Peter observava a cena. Depois de umas quarenta sessões, a criança era capaz de brincar afetuosamente com o coelho. Seu medo de outros pequenos animais, igualmente, havia desaparecido. O efeito se manteve durante todo o período do acompanhamento, por várias semanas.

Mas uma história de cura isolada, por mais convincente que seja, não pode ser tomada por prova de eficácia generalizada...

5.4.4 Como avaliar cientificamente uma psicoterapia?

Imaginemos que você tenha criado um método revolucionário para tratar as fobias. Você irá testá-lo, inicialmente, com um pequeno número dos seus pacientes, que lhe parecerão terem melhorado? Mas eles, de

fato, terão melhorado? Não cabe simplesmente a você dizê-lo (não se pode ser juiz da própria causa). Também os pacientes, eles próprios, deverão dizê-lo através de autoquestionários válidos, e ainda outros psicoterapeutas (chamados "avaliadores"), que também utilizarão fichas de avaliação atestadas como válidas pelas pesquisas. Depois, mesmo que esses primeiros resultados sejam favoráveis, você deverá verificar se o que ajudou os pacientes foi mesmo sua nova técnica de psicoterapia (fator específico) ou simplesmente o fato de você ter passado tempo a escutá-los e apoiá-los (fator não específico). Então será feito um estudo "controlado"; isto é, de um número suficiente de pacientes candidatos a uma psicoterapia, você irá realizar um sorteio e compor dois grupos: sobre um será utilizado o método que você inventou e sobre o outro será aplicado apenas uma terapia de rotina (eles passarão o mesmo tempo que os outros com um terapeuta, mas este não fará mais que ouvi-los e encorajá-los). Se os resultados forem significativamente melhores entre os pacientes que receberam sua psicoterapia, você está no caminho certo.

Então, ainda será necessário que você seja capaz de descrever seu método de maneira bastante precisa, de modo que outras equipes de terapeutas cheguem a reproduzir os seus resultados junto ao mesmo tipo de pacientes! Isto mostrará que a eficácia de sua técnica não depende apenas de seu carisma pessoal como terapeuta. Nesse momento, a comunidade científica reconhecerá que seu método é inovador e eficaz. A estrada, portanto, é longa antes que uma psicoterapia alcance o *status* de técnica comprovada pelas pesquisas!

Atualmente, são as terapias comportamentais e cognitivas que têm sido objeto do maior número de comprovações científicas.

5.4.5 Demonstrações e debates

Existem, com efeito, várias dezenas de estudos controlados atestando a eficácia das TCC no tratamento das fobias[124]. Os trabalhos de acompanhamento[125] mostram que depois de muitos anos esses bons

resultados se revelam duradouros. Em alguns casos, eles também indicam a necessidade de programas de "manutenção" com o acompanhamento regular do paciente, que é encorajado a aplicar regularmente as estratégias psicológicas e comportamentais aprendidas durante a terapia e a desviar bem cedo os eventuais sintomas de fragilização, antes que se organizem em uma recaída efetiva. Confrontado com dificuldades, um antigo fóbico corre o risco de sentir novamente, de fato, as manifestações iniciais de seu transtorno. Mas, aplicando as estratégias já aprendidas na terapia, ele terá todas as chances de poder contê-las e controlá-las muito mais facilmente.

Em todo caso, as reservas feitas, no começo, pelos psicanalistas, quanto à possibilidade de haver uma substituição dos sintomas ("suprima a fobia e o paciente ficará coberto de eczemas"), ou de haver várias recaídas sistemáticas ("enquanto o problema de fundo não for resolvido, os sintomas retornarão"), nunca foram confirmadas por nenhum estudo. Se casos assim podem existir, parece evidente que eles não chegam a ser representativos, nem de longe. Notemos que, além do mais, casos assim existem em todas as formas de psicoterapia, inclusive na psicanálise. De fato, pesquisas minuciosas mostraram que pacientes "históricos" dessa disciplina, cujos casos são há anos citados como provas pelos psicanalistas, foram quase todos fracassos terapêuticos, com ausência de melhora, ou com imediatas recaídas, ou até com agravamentos[126].

5.4.6 As técnicas utilizadas nas TCC

As principais técnicas são a exposição (confrontar-se com os medos) e a reestruturação cognitiva (modificar através da crítica seus sistemas de pensamento). Outros recursos terapêuticos são associados, às vezes, a esses dois "ingredientes" básicos: o relaxamento e o controle respiratório (quando o medo é muito forte, os pacientes são treinados para diminuí-lo com essas técnicas, na hora de enfrentar as situações), e a

autoafirmação (que consiste em aprender, por meio de jogos de papéis, a expressar o que se quer ou o que se sente). Esses dois métodos, logo se vê, têm por objetivo ajudar a pessoa fóbica a retomar parcialmente o controle das situações, em vez de sentir-se submersa em sensações físicas, vistas como totalmente incontroláveis, e submetidas a outras, imaginadas como mais fortes do que ela.

1) Em que consiste a terapia por exposição?

No capítulo anterior já lembramos alguns princípios do processo de exposição. Esta técnica consiste em propor ao paciente que enfrente uma série de situações provocadoras do medo com intensidade cada vez maior, sem tentar, pelo menos no começo, sentir-se relaxado durante a exposição, mas simplesmente permanecendo diante daquilo que o atemoriza, até que o medo diminua ao menos 50%.

Tal exposição pode ser feita através da imaginação (exposição a imagens mentais) antes de praticar os exercícios *in vivo*. Mas a exposição direta *in vivo* acompanhada pelo terapeuta é, hoje, a técnica recomendada no tratamento das fobias.

Cada sessão de exposição deve ser longa o suficiente, geralmente com uma hora de duração. É importante que o paciente não abandone a situação antes que o medo tenha regredido significativamente. Durante o tempo de exposição, o paciente deve concentrar-se sobre os estímulos fobógenos e recorrer o mínimo possível a estratégias de distração (pensar em outras coisas, olhar para outro lugar etc.): estas parecem prejudicar os bons resultados da exposição[127]. Portanto, é de capital importância que o terapeuta cuide de manter regularmente a atenção do paciente voltada para o objetivo do exercício realizado, o objeto fobógeno e as sensações de medo, principalmente nas situações que causam maior ansiedade.

Além disso, durante as sessões de exposição é comum que o terapeuta sirva de "modelo" e realize as tarefas na frente do paciente, para dar-lhe um exemplo de comportamento no confronto com os objetos de medo.

Por mais simples que possam parecer, estas técnicas de exposição necessitam muito do conhecimento prático do terapeuta, e esse não deve esquecer-se de que, para o paciente, esse treinamento é bastante estressante, motivo por que é bom seguir a regra da progressividade, da qual falamos no capítulo precedente.

Lembro-me de uma história muito emocionante a esse respeito, que me aconteceu durante um curso que estava ministrando a um grupo de terapeutas sobre fobia social. No momento em que estava terminando minha apresentação sobre a exposição e suas regras, uma das participantes pediu a palavra, bastante inquieta, e começou a contar sua história:

> Eu entendo muito bem o que você quer dizer. Meu pai tinha fobia social. Um dia, minha mãe morreu e ele sofreu terrivelmente. Mas, ao mesmo tempo, ele compreendeu que daquele momento em diante não poderia mais continuar se protegendo atrás dela, como tinha feito até então. Isso começou a mudar imediatamente, pois no dia do enterro ele teve que dar a mão às duzentas pessoas que vieram assistir à cerimônia.

Todo o grupo, eu inclusive, começamos a imaginar que a conclusão dessa história seria algo do tipo: "No dia seguinte, sua fobia havia desaparecido". Mas a colega disfarçou um soluço e continuou:

> No dia seguinte, quando fui ver meu pai, ele tinha morrido. Acredito que foi a dor da perda que o matou, mas aquelas duzentas mãos a apertar, aqueles duzentos rostos a olhar nos olhos, aquelas duzentas respostas a dar às condolências, com certeza, devem ter precipitado as coisas. Desde então, eu cuido muito para ir com doçura e progressivamente quando exponho meus pacientes...

Como todos os tratamentos eficazes, a terapia por exposição não deve ter overdoses, sobretudo com pessoas mais vulneráveis.

2) Os principais métodos de exposição

Existem diversos tipos possíveis de exposição, que detalharemos novamente mais adiante, quando abordarmos cada tipo de fobia. A finalidade comum a todas essas exposições é "reduzir a sensibilidade" da pessoa ao medo, administrando-lhe, com seu consentimento, "pequenas doses" de medo, como se faria com uma pessoa alérgica.

As exposições situacionais são as mais clássicas: o paciente é convidado a confrontar-se com aquilo que lhe causa medo. O convidamos, por exemplo, a manipular uma seringa, se ele tem medo de injeções; a aproximar-se de um animal de que tem medo, a tomar o elevador, a falar alguma coisa em público... Daí vem o caráter muito concreto e vivo das TCC, que conduzem pacientes e terapeutas a encarar regularmente o campo, a arena dos medos. É comum, na verdade, que o terapeuta saia do seu consultório para acompanhar o paciente aos lugares de exposição: um canil, uma ponte, uma loja cheia de gente... Isso é até desejável, principalmente no começo da terapia. A exposição acompanhada, com efeito, apresenta inúmeras vantagens: permite ao terapeuta verificar *in loco* como seu paciente se comporta diante do medo e oferece ainda uma ocasião de trabalhar suas reações "no ato", nas situações de medo. Mas também é exigente para com os terapeutas, que precisam sair do conforto de seu consultório!

As exposições interoceptivas: a interocepção designa o conjunto das sensações físicas oriundas do corpo. Muitas pessoas fóbicas têm medo, na verdade, do efeito dessas sensações, primeiros sinais de um acesso de pânico. Essas sensações físicas são associadas a um reflexo condicionado de medo. É o que se denomina "fobia interoceptiva". O terapeuta procura provocar tais sensações físicas para que o paciente se exercite em suportá-las sem angustiar-se e aprenda a controlá-las: propõe-se ao paciente respirar bastante e rapidamente durante vários minutos para hiperventilar-se, girar bem rápido sobre uma cadeira para sentir pequenas vertigens, subir de quatro em quatro os degraus de uma escada

para sentir palpitações, ficar de pé por muito tempo, para provocar leves sensações de hipotensão ortostática, cobrir-se demais para ficar vermelho ou transpirar diante de alguém...

As exposições pela imaginação são adequadas aos pacientes cuja angústia é forte demais para que possam se confrontar diretamente com seus medos. Nesses casos, antes de passar às exposições, ditas ao vivo, se lhes propõe uma "dessensibilização" através da imaginação, também chamada "dessensibilização sistemática", que consiste em enfrentar progressivamente, pela imaginação e sob relaxamento, a situação que causa medo, anteriormente decomposta em etapas de valor ansiogênico crescente. O indivíduo é colocado deitado, de olhos fechados, e, uma vez relaxado, começa a imaginar-se progressivamente em situações que teme. Isto ativa geralmente, mas nem sempre, um reflexo de medo. Esta técnica foi a primeira a ser utilizada em grande escala no tratamento de fobias. Como é uma técnica longa e lenta, ela tende a ser substituída, atualmente, pelas técnicas de exposição ao vivo. Mas continua tendo seu interesse nos casos de fobias em que a carga de medo é muito forte ou os confrontos não são imediatamente possíveis. De qualquer maneira, ela deve ser seguida de verdadeiros exercícios de exposição ao vivo.

As exposições através de imagens virtuais: as exposições ao vivo ou acompanhadas podem ser difíceis nos casos de algumas fobias, como as de avião. Por isso, as técnicas de imagens virtuais suscitam um grande interesse entre os comportamentalistas: equipando corretamente os pacientes, eles poderão fazê-los viver as sensações temidas sem sair do lugar. Essas terapias já foram testadas com sucesso em pacientes acrófobos, com medo do vazio ou de altura[128], em pacientes com medo de aranhas[129], fóbicos de avião[130] ou fóbicos sociais[131]. Podendo revelar-se suficientes para alguns pacientes com fobias moderadas, essas terapias por imagens virtuais podem, em todo caso, servir de preparação para as TCC "propriamente ditas".

3) Modificar seus pensamentos mecânicos

"Se eu me inclinar, cairei no vazio"; "Se eu enrubescer todo mundo irá notar e vou cobrir-me de ridículo".

A maneira de pensar dos pacientes fóbicos é um importante alvo das intervenções psicoterápicas[132]. No jargão dos terapeutas, chama-se de "cognição" um pensamento mecânico que vem à mente de uma pessoa. É a esse tipo de pensamentos, geralmente subconscientes (quer dizer, não conscientes, mais acessíveis com um pequeno esforço de introspecção), que se dedicam as terapias cognitivas.

Sua primeira etapa, dita de "auto-observação", consiste em uma clara tomada de consciência desse funcionamento mental, o que nem sempre é fácil, pois os pacientes têm a tendência de racionalizarem sempre suas formas de agir: "Eu não pego o elevador porque subir as escadas é mais saudável"; "Todo cachorro é potencialmente perigoso, pois é uma espécie que descende dos lobos; é normal ter medo deles"... Em certos casos, também, pensar no que se teme causa medo e, por exemplo, os pacientes que sofrem de pânico não gostam de "ouvir" seus medos e chegam até a evitar pensar ou pronunciar certas palavras como "mal-estar", "angústia", que desencadeiam neles crises de ansiedade... Esses pacientes, assim, recorrem a estratégias de fuga mental (os "evitamentos cognitivos"), por exemplo, deixando sempre o rádio ligado ou ocupando-se com alguma coisa (falar, ler...) quando o medo se avizinha.

Depois dessa etapa de auto-observação, o paciente é levado a refletir a respeito de suas cognições e a analisar sua pertinência. Não se trata de lembrá-lo que seus medos são "irracionais" (os que o rodeiam já fazem isso muito bem), mas de ajudá-lo a observá-los cara a cara e analisar suas paisagens catastróficas. De que, precisamente, ele tem medo? O que, segundo ele, lhe acontecerá se enfrentar a situação? Quais serão suas reações? Que consequências isso poderia ter em longo prazo? Será que todas as suas previsões são realistas? Como averiguar sua pertinência?

Depois, a última e indispensável etapa, o terapeuta convida seu paciente a passar às "experiências reais", com o fim de verificar se suas previsões fóbicas merecem confiança. Por exemplo, a um paciente de pânico que acredita que se for obrigado a ficar mais de 10 minutos numa fila vai passar mal ou ter um ataque de pânico, o terapeuta proporá testar essa predição, acompanhando-o a uma agência dos correios ou a uma loja nas horas de maior pico. É unicamente associando essa abordagem cognitiva a tais confrontos com situações concretas que as modulações cognitivas se tornarão "críveis" para o cérebro emocional do paciente.

5.4.7 Uma novidade na abordagem que as TCC fazem das fobias: o EMDR

O EMDR é uma forma de terapia breve que consiste em fazer o paciente lembrar momentos emocionalmente difíceis de sua existência, durante os quais seus sintomas puderam revelar-se ou aparecer. Por exemplo, a lembrança de um princípio de afogamento a uma pessoa com fobia de água ou de sufocação.

Durante o tempo em que o paciente mergulha, psicológica e sensorialmente, nessas lembranças dolorosas, o terapeuta o faz seguir com os olhos seu dedo ou um objeto qualquer, que realiza movimentos laterais rápidos. Essa ação deve provocar uma desativação e, depois, uma reprogramação das emoções dolorosas associadas a essa lembrança. Daí seu nome EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

Embora não saibamos claramente por meio de qual mecanismo, exatamente, o EMDR age, ele se tem mostrado eficiente no tratamento de traumatismos psicológicos[133].

Uma das consequências mais comuns dos choques psicológicos é que podem persistir medos muito fortes de vir a encontrar-se novamente nas situações em que o traumatismo foi vivenciado: se o paciente foi agredido num estacionamento ou se sofreu um acidente de automóvel, pode descobrir-se incapaz de se confrontar novamente com essas situações. Trata-se, de certa maneira, de fobias secundárias, induzidas

pelo traumatismo. Por isso, alguns trabalhos têm sido realizados para testar o EMDR junto a pacientes que sofrem de traumatismos fóbicos[134]. Os primeiros resultados são interessantes, mas precisa-se esperar saber mais antes de aconselhar sistematicamente esse método aos fóbicos.

De acordo com a minha experiência pessoal, o EMDR pode ser útil se algumas lembranças de medo ou vergonha forem insuportáveis, ou continuem sendo dolorosas depois de muitos anos de distância. Isto é frequente nos fóbicos sociais que passaram por humilhações em público e que não conseguem evocá-las sem um sentimento de grande mal-estar e angústia. Ou também nos pacientes que sentiram violentos ataques de pânico e que, em geral, evitam pensar nessas lembranças.

5.5 Fobias e psicanálise

Durante muito tempo, a psicanálise foi o único método de psicoterapia disponível. E o caso do pequeno Hans, descrito por Freud em 1909, sem dúvida, é um dos mais célebres da história da psiquiatria. Hans apresentava uma fobia de cavalos, depois de presenciar a queda de um cavalo enquanto puxava uma carroça na rua. A descrição da cura do pequeno Hans, conduzida pelo pai sob os conselhos de Freud, tornou-se um clássico da literatura psicanalítica. O próprio Freud reconhece ter encontrado o menino apenas uma vez, quando este tinha 5 anos, sendo o essencial das informações transmitido pelo pai, um admirador apaixonado das teses psicanalíticas, na época, muito inovadoras.

Eis um estrato de uma carta do pai de Hans a Freud:

> Sem dúvida o terreno foi preparado por uma excitação sexual muito grande em razão da ternura de sua mãe, mas a causa imediata dos transtornos eu não saberia identificar. O medo de ser mordido por um cavalo na rua parece estar relacionado, de alguma maneira, com o fato de ter-se assustado com o tamanho do pênis – aliás, há tempos, como pudemos observar anteriormente, ele tinha notado o grande pênis dos cavalos e deve ter concluído que sua mãe, sendo tão grande, teria um "faz-pipi" como um cavalo... Fora o medo de ir para a rua e uma depressão que advém a cada noite, Hans é habitualmente sempre o mesmo, alegre e feliz...[135]

Freud fazia a hipótese de que Hans vivia uma rivalidade edipiana angustiante com seu pai. Essa rivalidade, sendo muito difícil de suportar conscientemente, tinha sido recalcada no inconsciente. Depois, para maior eficácia, um segundo mecanismo havia intervindo: uma transferência do objeto da angústia do pai para os cavalos, o que permitia uma relativa exteriorização do conflito edipiano... Pois o medo de ser mordido por um cavalo representava uma ameaça menos terrível do que a relacionada com a angústia de castração (temor de ser punido pelo pai por ter desejado tomar seu lugar ao lado da mãe).

Embora suas teses tenham sido sedutoras inicialmente, as terapias psicanalíticas retrocederam bastante como solução para as fobias devido aos resultados decepcionantes nesses casos. Um dos grandes psicanalistas infantis contemporâneos, Serge Lebovici, mencionava "o caso de uma fobia escolar que já durava quinze anos, apesar de uma longa psicoterapia realizada em boas condições"[136]. Além disso (ou por causa disso), os psicanalistas nunca consideraram a diminuição ou o desaparecimento dos sintomas fóbicos como um fim em si, ao passo que esse é, geralmente, o pedido prioritário dos pacientes. Lembremo-nos da célebre divisa de Lacan: "A cura virá por acréscimo". Assim, numa das obras consagradas à visão psicanalítica das fobias, numa coleção de referência ao grande público, apenas 3 páginas de 128 são dedicadas ao tratamento: 2,3%![137]

Em sua crônica autobiográfica *Une saison chez Lacan*, o jornalista e escritor Pierre Rey, que foi uma das figuras da boemia parisiense, descreve seus dez anos de psicanálise. Seu livro é apaixonante, pois permite compreender como funcionou o incrível esnobismo da época em torno da "necessidade de uma análise com Lacan". Mas conta também como a questão da cura simplesmente nem era mencionada:

> Reconhecê-lo, hoje, me faz rir: eu continuo o mesmo fóbico de sempre. Mas, nesse ínterim, eu fiz um trato com minhas fobias. Ou eu não me meto mais em situações

> em tenha que experimentá-las, ou – decidi-me – as enfrento com a resignação importuna que acompanha as fatalidades exteriores[138].

Muitos analistas reconhecem, atualmente, que se o que o paciente quer é parar de sofrer dos sintomas fóbicos, então a análise não é uma solução a ser proposta como primeira opção. É muito, mas não é tudo... Lembro-me de um paciente que dizia:

> Eu estou muito irritado com meu psicanalista. Ele me fez perder tempo em minha análise. Ela podia ser envolvente do começo ao fim, mas a maior parte do tempo eu sentia meus medos, meus fracassos, meus evitamentos, minhas frustrações relacionadas à fobia. E aqui, com seu serviço, em dez meses fizemos o problema recuar. Por que ele não me orientou para você desde o começo, para eu poder conduzir corretamente minha psicanálise, que era só o que eu precisava?

Outro problema conhecido nas terapias de inspiração psicanalítica tem a ver, provavelmente, com a ausência de evolução desde muito tempo, como se elas estivessem obrigadas a respeitar um dogma que não deveria ter sido mais do que um ponto de partida. Tentativas muito interessantes têm sido feitas nos últimos anos para inventar novas formas de terapia baseadas no modelo psicanalítico[139].

5.6 Todos os caminhos levam a Roma; porém, uns mais rapidamente do que outros

Costuma-se contrapor a psicanálise às terapias comportamentais e cognitivas. De fato, também essas últimas se desenvolveram como uma reação a uma concepção "chocha" da psicoterapia, vista como uma série de encontros em que um terapeuta simplesmente põe um paciente para falar de seu passado, sem que nenhum dos dois saiba muito bem aonde isso vai levá-los. Para os comportamentalistas, a "psicoterapia não deve ser uma técnica sem definição, que se direciona a problemas não precisos, com resultados não mensuráveis"[140]. Ora, é isso que muitas vezes ainda é proposto a inúmeros pacientes fóbicos, do momento que os terapeutas partem do postulado de que falar de seus problemas deveria já provocar uma melhora. Ora, isto pode ter sido verdadeiro há

um século, nos tempos heroicos da psicologia, quando não se falava "dessas coisas". Mas numa sociedade como a nossa, em que a palavra foi totalmente liberada, um terapeuta digno desse nome não pode simplesmente apoiar-se nas virtudes da conversa e do diálogo, ao menos no que diz respeito ao tratamento dos transtornos emocionais tão enraizados na biologia como podem ser os medos extremos.

Um dos melhores especialistas mundiais em fobias, o inglês Isaac Marks comparou, uma vez, o problema da escolha da terapia de um transtorno fóbico a um itinerário[141]. Escolher uma terapia é como escolher o caminho pelo qual se vai andar de um ponto a outro, do sofrimento ao não sofrimento, da escravidão à liberdade. Pode-se querer tomar a autoestrada e querer ir direto ao essencial, sem ficar muito apreciando a paisagem: nesse caso, a terapia escolhida poderá ser a das exposições. Pode-se preferir seguir itinerários secundários, rodovias estaduais, mais confortáveis e agradáveis, mesmo que menos rápidas: então se utilizarão, sobretudo, as abordagens cognitivas, do relaxamento, a meditação. Pode-se, enfim, decidir passar pelo campo, abrindo mão da rapidez em benefício de todo um leque de descobertas que o caminho oferece, com o risco também de perder-se completamente no caminho: nesse caso, a escolha é a psicanálise.

Eu apresento, muitas vezes, essa comparação aos meus pacientes. Ela lembra que o método que vai mais rápido não é, provavelmente, o mais agradável e nem o que mais instrui sobre si mesmo. Lembra, também, que todas as terapias podem levar à cura, assim como se costumava dizer, antigamente, que "todos os caminhos levam a Roma". A escolha de uma via lenta ou de um caminho secundário é totalmente legítimo se os medos fóbicos são pouco severos ou os pacientes tiverem pouca pressa, ou têm outras expectativas paralelamente ("Gostaria de superar as dificuldades de lidar com meu passado").

Porém, também se pode considerar o problema de outra maneira: escolher as terapias mais breves e mais eficazes será a solução preferida pela maioria dos pacientes, porque ter medos patológicos é um sofrimento, e o sofrimento, normalmente, nos impede de ver o mundo. E uma terapia deve constituir apenas uma etapa na vida, e não sua finalidade. Para aproveitar a existência não precisamos de nenhum terapeuta ao nosso lado...

---

104. Inserm, Expertise collective. *Psychothérapies, trois approches évaluées*. Paris: Inserm, 2004.

105. ANDRÉ, C. Clinique et traitement des troubles anxieux: un état des lieux. *La Lettre des Neurosciences*, 26, p. 19-21, 2004.

106. LEDOUX, J. *Neurobiologie de la personnalité*. Paris: Odile Jacob, 2004.

107. Cf. entrevista do neurobiologista Joseph Ledoux na revista *Sciences Humaines*, 149, p. 42-45, mai./2004.

108. BARLOW, D.H. et al. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, p. 205-230, 2004.

109. GOLDAPPLE, K. et al. Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment specific effects of cognitive-behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 61, p. 34-41, 2004.

110. NAKATANI, E. et al. Effects of behavior therapy on regional cerebral blood flow in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 124, p. 113-120, 2003.

111. PAQUETTE, V. et al. Change the mind and you change the brain: effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *NeuroImage*, 18, p. 401-409, 2003.

112. FURMARK, T. et al. Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 59, p. 425-433, 2002.

113. WILHELM, F.H. et al. Acute and delayed effects of alprazolam on flights phobics during exposure. *Behaviour Research and Therapy*, 35, p, 831-841, 1997.

114. KAJIMURA, N. et al. Desactivation by benzodiazepine of the basal forebrain and amygdala in normal humans during sleep: a placebo-controlled PET study. *American Journal of Psychiatry*, 161, p. 748-751, 2004.

115. AGGLETON, J. (org.). *The Amygdala, a Functional Analysis*. Oxford: Oxford University Press, 2000.

116. KLEIN, D.F. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia*, 5, p. 387-408, 1964.

117. MILLET, B.; ANDRÉ, C.; DELIGNE, H.; OLIÉ, J.P. Potential treatment paradigms for anxiety disorders. *Expert Opinion in Investigational Drugs*, 8, p. 1.589-1.598, 1999.

118. LECRUBIER, Y. et al. Efficacy of St. John's wort extract in major depression: a double-blind, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 159, p. 1.361-1.366, 2002.

119. WONG, A.H.C. et al. Herbal remedies in psychiatrie practice. *Archives of General Psychiatry*, 55, p. 1.033-1.044, 1998.

120. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Treatment of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatrie Press, 1993.

121. Apud CRAPEZ, M. *Défense du bon sens*. Paris: Du Rocher, 2004.

122. Woody et tout le reste. *L'Express*, p. 68-69, 23/10/2003, p. 68-69.

123. VAN RILLAER, J. *Les Thérapies comportementales*. Paris: Bemet-Danilo, 1995.

124. BARLOW, D.H. et al. Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, p. 727-735, 1996.

125. MAVISSAKALIAN, M.R.; PRIEN, R.F. (orgs.). *Long-Term Treatments of Anxiety Disorders*. Washington: American Psychiatric Press, 1996.

126. BÉNESTEAU, J. *Impostures freudiennes*. Sprimont: Mardaga, 2003. Cf. MAHONY, P. *Dora s'en va – Violence dans la psychanalyse*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond, 2001. • POLLAK, R. *Bruno Bettelheim, ou la Fabrication d'un mythe*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond, 2003.

127. RODRIGUEZ, B.I. et al. Does distraction interfers with exposure? *Behavior Therapy*, 26, p. 337-349, 1995.

128. ROTHBAUM, B.O. et al. Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. *American Journal of Psychiatry*, 152, p. 626-628, 1995.

129. CARLIN, A.S. et al. Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35, p. 153-158, 1997.

130. MÜHLBERGER, A. et al. Repeated exposure of flight phobics to flight in virtual reality. *Behavior Research and Therapy*, 39, p. 1.033-1.050, 2001.

131. LÉGERON, P. et al. Thérapie par réalité virtuelle dans la phobie sociale: étude préliminaire auprès de 36 patients. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 13, 2003, p. 13-127. • ANDERSON, P. et al. Virtual reality exposure in the treatment of social anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, p. 240-247, 2003.

132. COTTRAU, J. *Les Thérapies cognitives*. Paris: Retz, 2001.

133. DAVIDSON, P.R.; PARKER, K.C.H. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, p. 305-316, 2001.

134. DE JONGH, A. et al. Treatment of specific phobias with EMDR: protecol, empirical status and conceptual issues. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, p. 69-85, 1999. • TEASDALE, J.D. EMDR and the anxiety disorders: clinical research implications and integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, p. 35-67, 1993.

135. FREUD, S. *Cinq Psychanalyses*. Paris: PUF, 1979 [em português, *Obras psicológicas completas – Edição* standard *brasileira – Vol. 11 (1910 [1909]): Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996].

136. BIRRAUX, A. *Les Phobies*. Op. cit.

137. Ibid.

138. REY, P. *Une saison chez Lacan*. Paris: Robert Laffont, 1989.

139. McCULLOUGH, L. et al. Assimilative integration: short-term dynamic psychotherapy for treating affect phobias. *Clinical Psychology Science*, 8, p. 82-97, 2001.

140. RAIMY, V.C. *Training in Clinical Psychology*. Nova York: Prentice-Hall, 1950.

141. MARKS, I. Fear reduction by psychotherapies: recent findings, future directions. *British Journal of Psychiatry*, 176, p. 507-511, 2000.

6
Medos e fobias: um pouco de história e um retrato de família

Os três mosqueteiros eram quatro. Do mesmo modo, existem três grandes famílias de medos... Mais uma quarta.

Antes de tudo, os medos de tudo aquilo que constitui nosso ambiente natural, como os animais, a altura, a água, o escuro e muitas outras coisas. Em seguida, os medos sociais, medos de olhares, de julgamentos, de interações com os semelhantes; enfim, medos e pânicos, mal-estares, se estivermos trancados, se nos sentirmos forçados a algo, se nos encontrarmos longe de casa: fala-se então de claustrofobia e agorafobia. A quarta família é formada por todos os outros medos, que abordaremos no final deste livro. Mas qualquer que seja o medo de que você sofra, não permita que ninguém mais o chame de neurótico: a neurose não existe mais. Você é simplesmente uma pessoa humana que sofre de medo excessivo...

> *Quem cava uma fossa pode cair nela. Quem derruba um muro, uma serpente pode mordê-lo. Quem talha pedras pode machucar-se. Quem corta lenha pode ferir-se.*
> Ecl 10,8-9

Na Europa cristã da Idade Média o medo era considerado bom, e Santo Agostinho lembrava que o temor do castigo divino era uma graça. Nessa época havia sensibilidade para com as virtudes do medo, que afastavam os homens dos perigos e, sobretudo, dos pecados. Hoje, nossas sociedades, mais hedonistas e individualistas, veem o medo mais como um obstáculo: ele é, conforme as roupagens de que se revestirá, aquilo que nos impede de ir em direção aos outros, de viajar, de fazer descobertas, de nos desenvolver, de atingir nossos objetivos; em suma,

de viver a vida[142]. Mas, qualquer que seja o julgamento moral ou religioso que se lhe faça, o medo sempre existiu e sempre fez sofrer.

Obviamente, encontram-se descrições de medos excessivos e de fobias já desde a Antiguidade. Na Bíblia, uma passagem do Eclesiastes traz referência à agorafobia: "[No dia em que] as portas sobre a rua se fecharão, e diminuirá o ruído do moinho até tornar-se como o pipiar de um pássaro, e extinguir-se o som das canções, então se terá medo das alturas e sobressaltos no caminho plano..." (Ecl 12,4-5a). Hipócrates e também Descartes e Pascal relatam, em suas obras, os temores irracionais de alguns de seus contemporâneos. Nos *Essais*[143], Montaigne descreve como "nos agitamos, trememos, empalidecemos e nos ruborizamos sob as sacudidas de nossas imaginações...", enquanto Robert Burton informa o caso de "uma pessoa que não tinha coragem de sair de casa por medo de desmaiar ou morrer", em sua célebre *Anatomie de la mélancolie*, publicada em 1621[144]. O filósofo inglês John Locke é o primeiro a descrever, em 1690, os mecanismos da formação de uma fobia, ao passo que o cirurgião francês Le Camus propõe uma classificação das fobias em 1769[145]. Ao longo dos séculos, as observações médicas e as narrações literárias mencionarão com frequência o caso de pacientes tomados por medos anormais em algumas circunstâncias.

É no século XIX que as primeiras fobias serão analisadas em termos "modernos", após a descrição de agorafobia de Westphall em 1871. Uma avalanche de neologismos gregos permitiu, então, que os psiquiatras dessem nome a todos os tipos de fobias, num espírito bastante entomologista. Alguns desses neologismos ornamentam a ideologia social da época que os viu nascer. Assim, a fobia de cativeiro, ou drapetomania, do grego *drapeta*: escravo evadido, que acometia os escravos negros do sul dos Estados Unidos nos séculos passados...[146]

Desde 1896, Théodule Ribot, um dos patriarcas da psicologia francesa, havia percebido essa onda[147]: "Uma verdadeira inundação de fobias,

cada uma com seu nome especial... Toda e qualquer manifestação mórbida de temor passa logo a ser denominada por um vocábulo grego ou considerada assim...”

Alguns medos e fobias originais

Ávida de neologismos de raiz grega, a psiquiatria do século XIX deu origem a uma profusão de saborosos apelativos, específicos para cada tipo preciso de fobia:

Acrofobia: medo de alturas (*akron*: o mais alto), equivalente a kenofobia (*kenos*: vazio) e, sem dúvida, a cremnofobia (medo de precipícios) e a orofobia (medo de penhascos e de montanhas);

Aerodromofobia: medo de viajar de avião;

Algofobia: medo da dor;

Apopatodiafulatofobia: medo de constipação;

Astrapefobia: medo de relâmpagos, geralmente associados a brontemofobia (medo de trovão) e a cheimofobia (medo de tormentas e tempestades);

Fobofobia: medo de sentir medo;

Hematofobia: medo de sangue, semelhante a creatofobia (fobia de carne) e a belonefobia (medo de espinhos e agulhas);

Monofobia: medo de ficar sozinho;

Oicofobia: medo de voltar para casa (*oïkos*: casa) depois de uma hospitalização;

Sideridromofobia: medo de viajar de trem (etimologicamente: “caminhos de ferro”);

Tapofobia: medo de ser enterrado vivo.

Zoofobia: medo de animais. Esse termo pode compreender a ornitofobia (medo dos pássaros), a ailourofobia (medo de gatos), a cinofobia (medo de cães), a musofobia (medo de ratos), a aracnofobia (medo de aranhas) etc. A tricofobia é aversão a pelos e a pterofobia, aversão a penas;

E se essa lista lhe causou incômodo, talvez você sofra de uma helenologofobia (*helenos*: grego e *logos*: palavra): o medo de termos gregos utilizados nas ciências...

Freud, inclusive, ironizou a esse respeito, em sua *Introdução à psicanálise*[148]: "Essa série de fobias apresentadas com jactantes nomes gregos... parece a descrição das dez pragas do Egito, com a diferença que as fobias são muito mais numerosas".

Ele propôs, então, sua própria classificação dos estados ansiosos – neurose fóbica, neurose obsessiva, neurose de angústia... – que percorreu com tranquilidade todo o século, até os anos de 1970. Nesse momento, depois de ter prestado bons e leais serviços, a venerável terminologia freudiana começou a voltar às sombras, depois dos trabalhos de psiquiatras como o americano Klein[149], que demonstrou a eficácia de alguns antidepressivos no tratamento do transtorno do pânico, ou do sul-africano Wolpe[150] e do inglês Marks[151], que realizaram as primeiras terapias comportamentais eficazes com transtornos fóbicos.

6.1 A fobia não é uma neurose

As "neuroses fóbicas", termo cujo uso está em declínio atualmente, eram, no começo, chamadas na terminologia psicanalítica "histerias de angústia", o que sublinhava sua natureza sexual. Segundo os psicanalistas, as fobias eram, assim, expressão de um conflito inconsciente (que era preciso resolver primeiro para que os sintomas desaparecessem) e representavam também um escudo contra os medos

mais severos (e, por causa disso, esses sintomas deviam ser "respeitados", pois a libertação da fobia podia criar condições para que o indivíduo fosse acometido por algo ainda mais grave). Embora tenha sido revolucionária em sua época, no fim do século XIX, e tenha permitido emergir a psicoterapia moderna, essa visão das fobias ficou obsoleta. Em parte, devido aos parcos resultados das terapias de inspiração analítica no tratamento de transtornos fóbicos, mas também por causa dos resultados claros e permanentes, sem reaparecimento, sem substituição dos sintomas, das terapias comportamentais, com bases teóricas radicalmente diferentes.

Uma das constatações que mais me impressionou em minha prática terapêutica com pessoas fóbicas é que elas são, geralmente, pessoas normais... exceto por suas fobias, obviamente! É por isso que não gosto nada dessa antiga maneira de designar tais transtornos com o termo "neuroses fóbicas".

Eu acredito que seja preferível abrir mão desta denominação "neurose" por duas razões: primeiramente, porque o termo "neurose", depois de ter sido um termo médico (foi um neologismo inventado no século XVIII pelo médico escocês William Cullen), tornou-se um julgamento de valor. Hoje se fala de uma pessoa "neurótica" para designar alguém complicado, que se preocupa demais. Em determinado momento, a cartilha psiquiátrica atribuía um diagnóstico de "neurose histérica" a qualquer mulher deprimida ou ansiosa. Um amigo meu psiquiatra dizia fazendo graça: "Pessoalmente, eu nunca encontrei uma paciente histérica, mas apenas mulheres infelizes". A segunda razão que deveria levar-nos à prudência com a palavra "neurose" é que ela está muito estreitamente associada à teoria freudiana das fobias, hoje colocada contra a parede. As intuições de Freud não eram todas equivocadas, mas muitas o eram. É normal que o respeitemos como uma figura histórica, mas não continuar a seguir cegamente seus preceitos e

reportar-se continuamente aos seus escritos ou aos de seus discípulos, em nome daquela velha fórmula mágica: "Freud escreveu isso, Lacan disse aquilo". Freud desejava fundar uma ciência. Ele chegou até mesmo a gerar em alguns de seus discípulos uma visão religiosa da psicoterapia: escrituras sagradas, sacrilégios, excomunhões, guerras religiosas... Mas tudo isso diz respeito apenas ao pequeno mundo dos terapeutas, e não deveria interferir na ajuda prestada às pessoas fóbicas.

De minha parte, o que lembro a meus pacientes a respeito de seu transtorno é o seguinte:

> Você não é um neurótico. Você não é um fóbico. Você é uma pessoa normal que sofre de fobia, assim como há pessoas que sofrem de diabetes ou hipertensão. Não perca todo o seu tempo descobrindo de onde isso vem ou por que você é assim. É importante, sim, saber de onde partem nossos sofrimentos, para evitar reproduzir infinitamente os mesmos erros, mas não é preciso fazer isso eternamente. O mais importante é saber que você tem essa fragilidade e que será necessário descobrir juntos o que a faz diminuir. Algumas vezes, ela até pode ser eliminada e você pode deixar de ser fóbico. Outras vezes só conseguiremos fazê-la diminuir e você será apenas um pouco mais inquieto do que a maioria das pessoas, mas mesmo assim será capaz de enfrentar as situações que antes lhe causavam medo. Por exemplo, se for uma fobia de viajar de avião, você poderá fazê-lo, mas não estará totalmente confortável e relaxado durante a viagem, como, aliás, muitas outras pessoas a bordo também não estarão! Sempre é possível, enfim, conduzir seus medos fóbicos ao nível dos medos normais; nem sempre será possível fazê-los desaparecer totalmente.

Mas o pedido dos pacientes poucas vezes se apresenta dessa forma, como um desejo de ver o medo desaparecer totalmente. Nunca encontrei um paciente fóbico de aviões que me procurasse porque pretendia tornar-se um piloto... Eles queriam simplesmente tomar o avião com um nível de medo razoável.

6.2 As três famílias de fobias

A classificação científica atual das fobias, mais amplamente utilizada pelas equipes de pesquisa do mundo inteiro[152], classifica as fobias em três grupos principais, originados cada um de um tipo bem específico de medos:

- As fobias específicas reúnem, sobretudo, as fobias de animais, de elementos naturais, do sangue e de ferimentos. Essas fobias, antes chamadas "fobias simples", causam um *handicap* bastante limitado, uma vez que os evitamentos que costumam acompanhá-las são compatíveis com uma vida relativamente normal;
- As fobias sociais consistem em um medo intenso do olhar e do julgamento alheio. Essas fobias, muitas vezes, são consideradas as que mais problemas acarretam às suas vítimas, pois as atitudes de evitamento social privam-nas de um número mais ou menos grande de atividades que envolvem relação e são essenciais ao seu equilíbrio e ao seu desenvolvimento pessoal;
- O transtorno de pânico com agorafobia caracteriza-se pelo medo de passar mal, principalmente em alguns lugares públicos. Esse medo é muito danoso porque suas violentas e desestabilizadoras crises de angústia criam imediatamente evitamentos que sabotam as capacidades de autonomia da pessoa fóbica. Qualquer deslocamento para fora de sua casa pode, nesse caso, tornar-se um problema.

Essas duas últimas famílias, fobias sociais e transtorno fóbico, também são chamadas de "fobias complexas" porque, diferentemente das "fobias simples", ou específicas, elas podem ocorrer em contextos variados e sutis. E, sobretudo, elas não se deixam facilmente controlar pelo paciente: mas sempre é possível evitar cruzar com pombos na rua ou encontrar-se diante do vazio. Bem mais difícil é, de fato, evitar as pessoas, ou evitar sair de casa... Por isso, como veremos, há muito mais casos de complicações associadas a essas fobias complexas, como depressão, uso de bebidas alcoólicas e inúmeros desgastes para a qualidade de vida...

Finalmente, abordaremos, no último capítulo, medos e fobias mais raras do que as anteriores, bem como um certo número de transtornos

psicológicos que tem sido chamado de "fobias", mas que possui mecanismos psicopatológicos diferentes.

A tentação, com efeito, é grande para os psiquiatras e psicólogos, e inclusive para o público geral, de associar o termo "fobia" a uma raiz grega para designar receios e aversões diversas: a xenofobia ou a homofobia designam mais aversões ou desconfianças com relação a estrangeiros ou pessoas do mesmo sexo do que pânicos. A triskaidekofobia remete mais a um temor supersticioso do número 13 do que a uma autêntica fobia. Quanto à neofobia, frequente nas crianças ou pessoas mais velhas, esta se refere antes à aversão a qualquer forma de modificação (alimentar, relacional ou outra) do que a uma necessidade de fugir diante do novo.

A sorte da palavra "fobia", com certeza, está relacionada à necessidade que temos de poder utilizar um termo geral para designar todas as emoções associadas ao desejo de estabelecer uma distância entre nós e alguma coisa que temos diante dos olhos, correta ou incorretamente, desagradável ou inquietante. Então, cuidado, se você for um heptáfobo: agora iremos abordar o capítulo 7.

---

142. KAGAN, K. *Des idées reçues en psychologie*. Paris: Odile Jacob, 2000.

143. MONTAIGNE. *Essais*. Paris: Garnier-Flammarion, 1969, livro I, cap. XXI: De la force de l'imagination.

144. BURTON, R. *Anatomie de la mélancolie*. Paris: José Corti, 2000.

145. COTTRAU, J.; MOLLARD, E. *Les phobies, perspectives nouvelles*. Paris: PUF, 1986.

146. SKRABANEK, P.; McCORMICK, J. *Idées folles, idées fausses en médecine*. Paris: Odile Jacob, 1992.

147. RIBOT, T. *Psychologie des sentiments*. Paris: Alcan, 1896.

148. FREUD, S. *Introduction à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1971 [Em português *Introdução à psicanálise*. São Paulo: Delta (esgotado)].

149. KLEIN, D.F. Delineation of two drug responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia*, 5, p. 397-408, 1964.

150. WOLPE, J. *Pratique de la thérapie comportementale*. Paris: Masson, 1975.

151. MARKS, I. *Traitement et prise em charge des malades névrotiques*. Québec: Gaëtan Morin, 1985.

152. AMERICANS PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4. ed. Paris: Masson, 1996.

7
Medos e fobias "simples": animais, avião, sangue e água

Esses medos naturais que tomam conta de nós são "simples" apenas na nomenclatura dos psiquiatras. Simples de compreender, sem dúvida: tem-se muito medo de alguma coisa, faz-se qualquer coisa para evitá-la.

Mas a simplicidade acaba aí. Esses medos, se forem excessivos, complicam consideravelmente a existência: fugas, renúncias, subterfúgios...

Eles podem, às vezes, pôr até nossa saúde em perigo, como acontece no caso de fobia de sangue e de agulhas. Mas, geralmente, não ameaçam nossa sobrevivência. Eles simplesmente alteram nossa qualidade de vida.

Felizmente, existem soluções – simples – para esses grandes medos naturais. Tão simples que às vezes os terapeutas se esquecem delas...

> *Eu estava no meio de grandes tormentos: alguns pensamentos muito vivos e acentuados se apoderaram do que sobrava de meu espírito e de meu mundo.*
> VALÉRY, P. *A ideia fixa*.

A primeira coisa que Francisca fez, ao entrar em seu escritório, foi olhar as janelas. Seu rosto inquieto logo se acalmou quando ela viu que estavam fechadas. Era a primeira vez que ela me procurava, nessa manhã do mês de julho. Como sempre, em Toulouse, nessa época fazia muito calor. E, ainda por cima, muitas vezes as janelas ficavam abertas. Não, contudo, em meu consultório: para poder trabalhar sem ser afetado pelo calor, eu tinha acabado de comprar – na hora! – um pequeno aparelho de ar-condicionado. Foi esse detalhe que permitiu que Francisca me contasse tranquilamente sua história, sem ficar com medo que um pombo entrasse de uma hora para outra na sala. Pois esse era o seu problema: o medo dos pombos.

Francisca é uma bela e formosa jovem de 27 anos, casada com um engenheiro italiano que veio trabalhar em Toulouse por dois anos numa indústria aeronáutica. Desde a infância ela apresenta pânico de pássaros. Sua primeira lembrança sobre isso é bastante clara: quando tinha 3 ou 4 anos, ela ficava no período da manhã aos cuidados de uma tia que criava diversos pássaros em gaiolas. Essa velha senhora, adepta de métodos pedagógicos antigos, a ameaçava, muitas vezes, de abrir as gaiolas para que os pássaros viessem bicar-lhe as orelhas e puxar-lhe os cabelos se ela não comesse sua sopa... Um dia, duvidando da ameaça, Francisca resolveu não obedecer e a tia foi realmente buscar uma rola para assustá-la: mas o pássaro escapou e ficou sobrevoando-as na casa inteira, batendo-se contra as paredes e nas janelas, causando um estado de pânico na menina e certa aflição na tia. Desde esse dia, Francisca não conseguiu mais suportar a presença de um pássaro, nem mesmo engaiolado. Um domingo, seus pais voltaram do mercado com uma galinha viva, prêmio de um sorteio: foi um terror para Francisca até o sumiço do animal. Ao longo de sua infância e sua adolescência ela foi vítima de muitas brincadeiras por parte de seus colegas por causa disso. Um de seus irmãos mais velhos chegou até a dar-lhe de presente uma caixa com um pássaro dentro, que voou assim que ela abriu o pacote...

Quando se tornou adulta, ela conseguiu organizar sua vida de maneira a não mais precisar deparar-se com pássaros. Seu marido, a quem ela explicou sua fobia, aceita seus evitamentos. Mas quando ele foi chamado a Toulouse para conduzir um projeto aeronáutico internacional, Francisca descobriu horrorizada que o centro da cidade é cheio de pombos. Sua fobia tomou, então, um novo ímpeto, marcadamente refletida no medo dos pombos.

Quando ela chega no consultório está levemente deprimida, por causa de seu isolamento na França, e se encontra bastante afetada por seus medos. Atualmente ela não consegue ver a imagem de um pássaro em

um livro ou uma revista, e muito menos na televisão, sem ter um acesso de angústia. Precisa evitar alguns quarteirões no centro da cidade, onde os pombos abundam, e não pode levar seus filhos ao jardim público, porque os idosos costumam jogar comida aos pombos por lá. Ela não pode utilizar o caixa eletrônico perto de sua casa, pois a calçada está sempre ocupada pelos pombos...

> Eu não suporto, sobretudo, seu aspecto físico: aqueles olhos sem pálpebras, aquelas assustadoras patas vermelhas e suas unhas sujas, o barulho de "clac-clac" de suas asas quando levantam voo. De que, exatamente, eu tenho medo? Eu não sei muito bem. Talvez de levar uma bicada no olho quando eles saem voando para escapar, ou de que prendam as patas nos meus cabelos e fiquem assustados, de tão estúpidos que são. Eles me dão nojo, também, e nem consigo imaginar o contato com suas penas. Geralmente, tenho reflexos de medo mais rápidos do que meu pensamento.

De repente, vejo Francisca empalidecer e parar de falar, ao mesmo tempo que fixa o olhar em algum ponto atrás de mim: um pombo pousou no apoio externo da janela e fica nos olhando com seus olhos redondos, balançando a cabeça para lá e para cá. A janela está fechada, mas Francisca começa a ficar apavorada e sem ar. Eu estou presenciando um começo de pânico ao vivo. Levanto-me para espantar a ave. A ansiedade de Francisca não tem nada de simulado. Quando lhe tomo o pulso, seus batimentos estão acima de 140! Após o incidente, ela cai no choro: "É absurdo, é estúpido, você viu em que estado isso me deixa! E a janela estava fechada! Se estivesse aberta eu teria saído correndo, pois é impossível controlar-me".

Depois ela começa a contar-me sua vida de fóbica.

> Eu estou à mercê de milhões de pombos, uns mais imprevisíveis do que os outros. Só fico tranquila à noite, quando eles dormem. Em minha viagem de lua de mel ao norte da Itália nós só pudemos visitar Veneza *by night*... Quando eu sou obrigada a ir aonde eles reinam senhores, tenho que recorrer a toda sorte de subterfúgios imagináveis para evitar o contato com eles: eu me enfio no meio das pessoas, usando-as como escudos humanos. Nunca ando com malas ou bolsas, a fim de ter sempre as mãos livres e poder me defender se uma nuvem de pombos se precipitar sobre mim. Basta o céu estar vagamente nublado que eu uso o pretexto da possibilidade de chover para

> levar comigo um guarda-chuva, com que possa me defender se for atacada... Tudo isso é absurdo e humilhante. Mas é mais forte do que eu. Você pode me ajudar?

Obviamente, eu lhes contarei como Francisca superou sua fobia. Mas, passemos agora aos medos e às fobias chamadas "específicas"...

7.1 Medos intensos e fobias "específicas"

Essa família de medos, sem dúvida, é a mais simples de compreender. Uma pessoa tem um medo terrível de alguma coisa bem definida e faz de tudo para evitá-la.

São inúmeros os objetos ou situações que podem revelar-se fontes de medos específicos, mas podemos agrupá-los em quatro grandes tipos: medo de animais, de elementos naturais ou situações, de sangue e ferimentos. Os detalharemos mais adiante.

Lembremos que cerca de uma pessoa a cada duas sofrem de medos excessivos e danosos desse tipo. O título "específicos" recorda que esses medos possuem, geralmente, contextos bastante peculiares: fora dos momentos de confronto com o que causa medo, ou da antecipação imediata deles, a pessoa se sente em segurança. Antes se chamava esses medos de "simples", devido ao seu caráter limitado. Na realidade, porém, eles podem complicar consideravelmente a vida de quem por eles é afetado.

Como acontece com os outros tipos de medos excessivos, a questão da fronteira entre os medos normais e os medos fóbicos depende de diversos elementos, como: a intensidade da emoção ressentida (chegando até ao ataque de pânico nas fobias), a necessidade inevitável de fugir do objeto ou situação temida (e não apenas um simples constrangimento para enfrentá-la), e também o dinamismo autoagravante nas fobias (o tempo que passa e as confrontações que se repetem não fazem melhorar o quadro). É preciso estabelecer alguns critérios para definir a fronteira entre os medos normais e os medos malévolos, mas a realidade é bem outra: não há uma fronteira nítida, e

considera-se que os medos intensos representam um *handicap* praticamente equivalente ao das fobias, embora eles não apresentem todos os critérios que permitiriam descrever clinicamente esse diagnóstico.

Segundo os estudos e os instrumentos de avaliação, acredita-se que cerca de 10 a 20% das pessoas na população geral apresentam fobias específicas[153]. Esses transtornos fóbicos atingem, geralmente, duas vezes mais mulheres do que homens, exceto no caso das fobias de sangue e ferimentos, onde ocorre uma igualdade dos sexos[154].

Os principais tipos de medos e fobias específicas

Medos e fobias de animais.	Pássaros (sobretudo pombos), insetos (aranhas, baratas e vespas), cães, gatos, serpentes...
Medos e fobias de elementos naturais.	Água, altura, tempestades, escuridão...
Medos e fobias de situações.	Claustrofobia (espaços fechados, elevadores, lojas lotadas, túneis...). Meios de transporte (avião, trem, automóvel).
Medos e fobias do sangue e de ferimentos.	Picadas, tirar sangue, tratamentos dentários...

Os medos e as fobias específicas são, sem dúvida, as que aparecem mais cedo na vida. Geralmente, a reação de medo excessiva está presente desde a primeira confrontação. Mais raramente, existem acontecimentos vitais precisos na origem da fobia. De qualquer forma, eles colocam a questão do terreno vulnerável: na verdade, o medo excessivo de cães pode aparecer depois de uma mordida, mas não são todas as crianças mordidas que se tornam fóbicas de cães... Os resultados da maioria dos estudos depõem em favor de uma influência genética importante para essas fobias específicas, secundariamente reforçadas pelos

acontecimentos vitais e pelos modelos parentais (um dos dois genitores, geralmente, tem os mesmos medos).

Há ainda variações de intensidade em função da idade: assim, os medos de animais são mais fortes e difíceis de lidar entre as pessoas mais jovens, enquanto o medo de viajar de avião vai em sentido inverso, e se agrava com o tempo. Diversas explicações são possíveis, mas a mais provável é que é mais fácil, com o tempo, domesticar seu medo de animais: pode-se treinar a confrontação usando fotos, filmes ou animais de verdade, mantidos a relativa distância e segurança para não representarem uma ameaça. O pior que pode acontecer é dar no pé se se depara com um, sem estar devidamente preparado para o encontro!

Já o medo de avião é um medo de tudo ou nada: não é possível treinar voar 5 minutos, depois 10, depois 15... No avião, ou se voa ou não se voa, e depois de decolar, nem pensar em saltar, nem mesmo de paraquedas...

Todos os medos excessivos que não permitem confrontações progressivas e regulares têm naturalmente a tendência a piorar, pois cada confronto, inevitavelmente singular e difícil, é um traumatismo a mais. Veremos que o mesmo acontece, também, com certas fobias de falar em público.

7.1.1 As fobias específicas são doenças?

Quando chegam ao estágio da fobia, esses medos específicos causam, na maior parte do tempo, um *handicap* limitado: os evitamentos que eles provocam nas pessoas afetadas não costumam impedi-las, geralmente, de viver uma vida quase normal. Por isso, esses fóbicos vêm consultar os psiquiatras ou os psicólogos mais raramente do que os outros (como os agoráfobos ou os fóbicos sociais).

Entre os fatores que levam os pacientes ao consultório, em caso de fobias específicas, encontramos[155]:

- Uma fobia de cães, de gatos, de elevadores ou de diferentes meios de transporte. Quer dizer, a necessidade de tratamento está ligada à

frequência do contato com o objeto do medo. Uma fobia de cangurus não deveria levar ninguém ao consultório desses lados do planeta;

- Sofrer de várias fobias ao mesmo tempo. Esse caso é bastante frequente, e conduz a um aumento do *handicap* no dia a dia;
- Ressentir ataques de pânico muito violentos em situações temerosas, a ponto de achar que se vai perder a consciência ou ter um enfarte.

Na maioria das vezes, nós vemos pacientes virem se consultar depois de sofrer alguma mudança que afetou o modo de viver da pessoa que sofre de medos excessivos: a pessoa com fobia de avião, mas que até então fazia seus trajetos de carro ou metrô, e recebe uma promoção internacional que lhe impõe frequentes deslocamentos aéreos. A jovem fóbica de sangue que fugia das agulhas e dos exames encontrou o homem de sua vida e quer ter um filho, daí a necessidade de exames médicos. A pessoa com fobia de pombos acaba de mudar-se e descobre que a rua em que vai morar fica repleta de pombos, pois os velhinhos do quarteirão vêm alimentá-los. A outra, com fobia de serpentes, é convidada a uma excursão na floresta tropical...

7.1.2 Um pouco de ciência a propósito dos medos e das fobias específicas

As pessoas fóbicas tendem a aumentar, geralmente, as características inquietantes daquilo que lhes causa medo. A seus olhos, todas as aranhas são enormes e rapidíssimas, a mínima ladeira já é vertiginosa etc. Tais erros de percepção[156] estão, evidentemente, relacionados à intensidade de seus temores; talvez sejam sinais do ressurgimento, nessas horas em que elas se sentem ameaçadas, de um mecanismo de sobrevivência do tipo "efeito lupa", com um aumento automático do perigo. O que quer que seja, as pessoas que convivem com eles não devem esquecer o seguinte: em se tratando de seus medos, os fóbicos não se movem, absolutamente, no mesmo mundo que os não fóbicos. Mergulhar de uma altura de 2 metros, para um acrófobo representa o mesmo pavor

que um mergulho de dez metros de altura para você. Com a terapia, esses erros de percepção desaparecem.

Tais distorções não se limitam a questões de medida ou de altura: aproximando-se de animais que teme, o zoófobo os "vê" correrem em sua direção, e os "sente" tactilmente. Pendurando-se sobre o vazio, o acrófobo se sente balançar... Essas ativações sensoriais confirmam o papel do imaginário nos medos fóbicos, mas também se encontram nas radiografias cerebrais, sugerindo uma ativação das regiões corticais, sobretudo o córtex visual, bem além da clássica zona límbica, a sede das emoções ansiosas[157]. Entre os que têm fobia de animais, especialmente de aranhas, insetos ou serpentes, a ativação do córtex temporal anterior, chamado "sensitivo-somático", parece indicar o possível surgimento de sensações tácteis ligadas à apreensão ressentida.

Enfim, os fóbicos realizam, muitas vezes, uma descontextualização das informações; isto é, eles se focalizam apenas naquilo que lhes causa medo e esquecem de ver o que poderia transmitir-lhes segurança[158]. Assim, diante de um cachorro, eles não ficam mais tranquilos pelo fato de esse ser pequenino estar amarrado ou ter aparência amigável. Todos esses elementos contextuais não pesam muito diante do estímulo central: a presença ou ausência do cachorro. Quanto mais a fobia é severa, mais esse funcionamento de "tudo ou nada" é flagrante. Por isso certos ataques de angústia até pela lembrança de uma palavra ou de qualquer imagem daquilo que gera medo. Nosso cérebro racional sabe que não há risco, mas nossa amídala cerebral, que reage muito mais rapidamente, já ativou o alarme...

7.2 Medos e fobias de animais

> Foi somente no alto, quase chegando no 6º andar, que ele ficou apavorado, com medo do que havia no fim do percurso: lá no alto o aguardava o pombo, aquele animal atroz. O encontraria pousado no final do corredor, sobre suas patas vermelhas e em forma de gancho, cobertas de excrementos e de penugem flutuando em volta, estaria lá esperando-o, com seus olhos espantosamente nus, e voaria batendo suas asas e

> passaria rente a ele, Jonathan, que não teria como esquivar-se, naquele corredor estreito... O pombo havia pendido a cabeça para o lado e estava olhando para Jonathan, com seu olho esquerdo. Esse olho, um pequeno disco redondo, com um ponto negro ao centro, era algo assustador de se ver... Seu primeiro pensamento foi que ele teria um infarto ou um ataque, ou, no mínimo, uma perda repentina da consciência... Então ouviu, novamente, sem dúvida alguma, um bater de asas rápido e seco, e foi tomado de pânico... Nada mais lhe importava, ele só queria era sair dali, sair, sair, sair.

Em seu romance *Le Pigeon* (O pombo)[159], o escritor alemão Patrick Süskind descreve uma alucinante história de medo excessivo de pombos que atingia um homem de cerca de 50 anos. Sua narração mostra perfeitamente a que ponto estamos perto das fobias: nossos medos mais banais nos ajudam a compreendê-las. E como elas podem revelar-se distantes de nossas próprias reações: a fobia de Jonathan, o herói de Süskind, o leva a um isolamento social e a ideias suicidas que, felizmente, desaparecem tão misteriosamente quanto haviam surgido.

Amplamente retratados no cinema (*Os pássaros*, *Os dentes do mar*, *Aracnofobia*...), os medos excessivos de animais são os mais frequentes nas fobias, sobremaneira entre as mulheres, que representam 75 a 90% dos indivíduos zoófobos. Os animais que mais frequentemente causam medo são: os insetos, os ratos e as serpentes, nessa ordem. As fobias de pássaros, cães, gatos e cavalos são ou o medo de um ataque por parte desses animais (mordidas ou bicadas), ou um sentimento de desgosto e repugnância. De acordo com estudos comparativos entre diversas culturas, inclusive, parece que esses sentimentos de repugnância são mais universais, até, do que os de medo[160]: por exemplo, os indianos têm menos medo de aranhas do que os ocidentais, mas experimentam a mesma repugnância por elas. Note-se que só se fala de fobia em referência ao medo de animais não perigosos. Já os medos relacionados a animais objetivamente perigosos (como tigres, crocodilos, tubarões...) são considerados em todas as culturas como algo normal e útil.

No Ocidente, o *handicap* ligado às fobias de animais é, geralmente, mais moderado, ao menos em ambiente urbano. Por outro lado, aí se pode encontrar um certo incômodo, principalmente na fobia de cães e pássaros (pombos, em particular), que acaba atrapalhando a locomoção dos moradores das cidades, ou na fobia de insetos, que os leva a evitar a natureza e as casas de campo!

A história é abundante de personagens célebres com fobia de animais: o imperador romano Germanicus não suportava os galos, o astrônomo Tycho Brahe tinha medo de raposas e de lebres, Ambroise Paré desmaiava ao avistar cobras e Napoleão Bonaparte tinha fobia de gatos, como seu velho inimigo Wellington. O poeta Ronsard chegou a descrever em versos sua própria fobia dos gatos:

> Homem não há que deteste no mundo
> Os gatos tanto quanto eu, de um ódio profundo.
> Odeio seus olhos, sua fronte e seu olhar.
> Ao vê-los fujo para outro lugar,
> Tremendo-me os nervos, as veias e os membros...

Shakespeare, por sua vez, citou o medo dos animais em sua comédia *O mercador de Veneza*[161]: "Há muita gente que não suporta ouvir grunhir um porco; outros, ao verem um gato, ficam loucos..."

Eu tive a ocasião de encontrar pessoas com fobia de quase todos os animais que existem. Uma animadora de rádio falou-me, certa vez, de seu medo de caranguejos, dos quais ela não podia nem ver uma imagem. Os fóbicos de abelhas costumam vir consultar-me no verão, porque torna-se difícil para eles fazer qualquer refeição ao ar livre: para não atrair os bichinhos que lhes causam pânico, eles precisam lembrar de não levar melões ou saladas de frutas ao almoçar fora de casa, nem preparar doces para o café da manhã no terraço. Não é fácil! Há até pessoas com fobia de inofensivas borboletas; uma paciente minha, que sofria disso, assim que via uma borboleta pensava automaticamente nas lagartas e começava a sentir-se mal.

Uma pesquisa realizada com pessoas vítimas de fobias severas de animais assim classificou os elementos de seus medos[162]:

- O movimento do animal (77%). Quando se faz exercícios de exposição com animais, os pacientes se sobressaltam assim que o animal se move. Muitos temem o voo em ziguezague, imprevisível, de certos insetos;
- O aspecto (64%). O olho sem pálpebra dos pombos, o abdômen das grandes aranhas, os dentes dos cães... Os fóbicos de serpentes reagem, quanto a isso, sobretudo às suas formas: um pedaço de pau no chão, ou mesmo um cinto de roupão caído no assoalho e evocando a forma de um réptil, os faz saltar de susto;
- O barulho (27%): o estalo das asas dos pombos, o latido dos cães, o zumbido das vespas...;
- Na mesma pesquisa, 40% dos pacientes declaram temer efetivamente que o encontro com um animal cause sérios problemas (ficar maluco ou ter um ataque).

As fobias de animais, muitas vezes, são bastante específicas: pode-se ter medo de pombos, mas não de pardais; de vespas, mas não de abelhas. Mas às vezes são generalizadas a todos os representantes de uma determinada espécie: pássaros, insetos voadores ou terrestres.

7.3 Medos e fobias de elementos naturais

Como acontece com as fobias de animais, os indivíduos com fobia de elementos do ambiente natural se encontram sobretudo entre as mulheres (75 a 90%). A única exceção é a fobia de altura (acrofobia), que só conta com uma pequena maioria de mulheres (50 a 70%). Os principais elementos fobógenos são a altura e o vazio, a água, a escuridão, as tempestades e os trovões... Também alguns personagens célebres deram sua contribuição para este tipo de fobias: o grande imperador romano Otávio Augusto tinha um medo terrível do escuro e

o filósofo inglês Francis Bacon entrava em pânico com os eclipses lunares.

O grau de *handicap* varia de acordo com as necessidades do indivíduo: para alguém que tem fobia de altura, em geral, será muito difícil aproximar-se de uma janela num andar superior, e mais ainda de uma sacada, mas também fazer uma escalada nas montanhas, ou praticar esqui, ou passar sobre uma ponte etc. O medo do vazio, comumente chamado "vertigem", atinge aproximadamente 12% da população, mas acrofobias de fato, sem dúvida, ocorrem em percentagem menor. Este medo, mais do que qualquer outro, pode ser sentido por procuração! Ver uma pessoa aproximar-se do vazio é suficiente para desencadear um mal-estar ansioso na maior parte dos acrófobos. As mães de família, em geral, não podem ir com as crianças a excursões nas montanhas ou a passeios em penhascos perto do mar, ou ainda nas visitas a castelos-fortes, nem suportam vê-los aproximar-se de uma janela ou uma sacada...

O medo de água também é bastante frequente. Deve atingir 2 a 5% das pessoas. Causa um certo *handicap* em matéria de lazer: piscinas e praias passam a ser, dessa forma, lugares ameaçadores; passeios de barco precisam ser evitados; às vezes, chega a ser impossível colocar a cabeça embaixo da água até no banho de chuveiro! Os pacientes podem beber água como camelos, mas não suportam a ideia de entrar nela. Imaginam que ficarão nervosos e poderão se afogar facilmente nela[163]. Voar de avião sobre o oceano pode trazer-lhes uma enorme angústia, ao passo que ficam bem à vontade voando sobre terra firme.

Eis a história de Rosemarie, professora de Francês. Com 48 anos de idade, sempre teve medo de água. Criada em ambiente rural, só foi ver o mar quando já era adulta. Durante sua infância nunca frequentou uma piscina. Ela não sabe nadar. Ao médico ela conta que nunca sentiu-se à vontade num barco: "Quando penso em toda a profundidade da água

que tenho abaixo de mim, fico até arrepiada". Indo de férias para a praia, ela nunca entra muito mar adentro, mas fica perto da areia, e as raras ondas que conseguem desequilibrá-la, por pouco que seja, fazem-na sentir uma forte angústia. Há alguns anos, Rosemarie quis aprender a nadar. Ela sabe realizar os movimentos corretamente, mas nunca aceitou afastar-se das bordas da piscina: para ela está fora de questão atravessar de um lado a outro sem poder se agarrar a alguma coisa a todo instante. Normalmente, evita até ficar na banheira quando está sozinha em casa, com medo de passar mal e afogar-se. Porém os chuveiros também não são confortáveis, porque ela não gosta de sentir a cabeça completamente embaixo da água, nem da sensação da água que "tenta entrar" nos ouvidos, no nariz, nos olhos. Em toda a sua vida, ela nunca colocou a cabeça inteiramente embaixo da água. Rosemarie possui um imponente repertório de histórias sobre afogamentos: um de seus primos perdeu um filhinho afogado na piscina que ele tinha acabado de construir; uma conhecida sua lhe falou de alguém que se afogou porque não conseguiu mais subir em seu barco depois de um banho no mar etc. Seu marido e ela foram convidados por vizinhos amigos para um cruzeiro no Mediterrâneo no verão e ela fica preocupadíssima quando imagina passar quinze dias sobre a água...

Um paciente contou-me que sua mãe, fóbica de tempestades, embarcou a família inteira no carro para ficar dando voltas até que a tempestade passasse, porque ela tinha lido certa vez que os carros não podiam ser atingidos por raios: o isolamento dos pneus cria o que os eletricistas chamam de "caixa de Faraday". Ele mesmo não tinha fobia de tempestade (tinha vindo para a consulta por outra coisa), mas se mostrava muito nervoso quando relampejava e nunca aceitava escalar montanhas quando o céu estava nublado, para evitar ter que enfrentar uma tempestade nessas circunstâncias, pois havia ouvido várias histórias que lhe tinham desenhado um quadro medonho: "Centelhas de

eletricidade estática sobre as hastes metálicas, é uma parada cardíaca na certa, para mim!" Sob seu pedido, mesmo assim, trabalhamos sobre seus medos, pois ele tinha receio de acabar, por sua vez, transmitindo-os aos seus filhos. O trabalho consistira, principalmente, na exposição a *flashes* de câmeras fotográficas ao som de trovões gravados (sim, isso existe! É uma das coisas interessantes do trabalho com fobias específicas: elas atiçam a curiosidade e a criatividade...). Nós havíamos também pesquisado todas as informações disponíveis sobre os mitos e as realidades dos riscos de ser atingido por um raio e os conselhos de prudência sobre esse ponto. Enfim, tínhamos nos dado à leitura de narrativas de pessoas fulminadas, começando por Tintin e as Sete Bolas de Cristal...

O medo do escuro, evidentemente, é mais comum entre as crianças pequenas, mas mesmo entre os adultos existem autênticas fobias desse tipo. Essas pessoas, portanto, nunca podem dormir sem luz e temem enormemente acordar à noite no meio do escuro total. Os temores nem sempre são os mesmos dos que se encontram nas crianças: ao lado do medo de assassinos e outros malfeitores noturnos, é frequente encontrar-se medos "indescritíveis", sem conteúdo mental definido, que os pacientes costumam associar ao medo da morte. "É como se eu estivesse em minha tumba", dizia-me um deles. Há ainda, sobretudo entre pacientes vítimas de traumas, o medo de começar a ter pesadelos assim que tiver adormecido. Uma vez, tive a ocasião de conhecer um jovem com fobia do escuro que vivia com uma companheira que, por sua vez, não conseguia dormir se não estivesse tudo escuro e silencioso à sua volta. Suas primeiras noites juntos foram um verdadeiro pesadelo, até que chegara a assumir um compromisso: ele iria tratar sua fobia, e ela aceitaria não mais fechar a porta, a janela e as cortinas do quarto...

7.4 Medo de falta de ar e claustrofobia

A claustrofobia consiste no pânico de lugares fechados ou situações em que o espaço seja limitado, de alguma forma: cômodos muito pequenos ou privados de janelas; elevadores, sobretudo se forem apertados e sem áreas de vidro (os "elevadores-mortuárias", como gostam de dizer os pacientes) etc. Estima-se que cerca de 2 a 5% da população adulta sofra desse tipo de fobia, que prejudica bastante a liberdade de movimentos no dia a dia[164]. Os radiologistas deparam-se frequentemente com esse problema, pois de 4 a 10% de seus pacientes não podem suportar entrar em alguns locais e aparelhos de radiografias médicas, como os *scanners* ou os IRM, chamados de "corpo inteiro"[165]. Quando esses pacientes têm necessidade de fazer tais exames, por motivos de suspeitas de doenças somáticas graves, me acontece de ser convidado a usar a sala de radiologia do hospital onde trabalho para exercitá-los e ajudá-los a enfrentar a situação.

Em suas formas severas, além dos lugares fechados e elevadores, esse medo se generaliza a inúmeras outras situações: até as golas das camisas ou roupas muito apertadas, as máscaras de beleza ou as vestimentas e máscaras de mergulho, chegam a ser algo insuportável. Porque, no fundo, o que os claustrófobos temem, geralmente, é a asfixia provocada pela falta de espaço nos locais com excesso de gente (como nas filas de espera para eventos concorridos e os meios de transporte nos horários de pico), ou a falta de oxigênio (como numa cabine de elevador bloqueado, ou o metrô parado entre duas estações). Pode-se notar que esse medo também existe em um certo número de pessoas não fóbicas: muitas pessoas tendem a superestimar suas necessidades de oxigênio num lugar fechado. Na verdade, uma pessoa pode sobreviver quase indefinidamente num espaço não ventilado antes de se esgotarem as reservas de oxigênio.

Por ocasião da abertura do túnel sob a Mancha, os jornais populares ingleses fizeram levantamentos estatísticos que demonstravam a

proporção desse fenômeno: de acordo com eles, seis em cada dez ingleses sentiam ansiedade diante da ideia de viajar pelo túnel[166]. Mas a claustrofobia tem qualquer coisa de instintivo, semelhante, sem dúvida, à angústia sentida pelo animal capturado e imobilizado entre as garras de um predador, ou preso num desabamento de terreno, razão por que ele existe em graus variados em todo ser humano. Pessoalmente, nunca me passou pela cabeça estudar espeleologia ou enfiar-me num cubículo estreito a dezenas de metros abaixo do solo...

Enfim, devemos assinalar que muitos claustrófobos também sofrem de transtornos de pânico, dos quais falaremos num capítulo adiante, e a claustrofobia não é mais do que um componente, apenas, de uma fobia mais generalizada ainda.

7.5 Medos e fobias de meios de transporte

> Assim que entro num avião, fico atenta aos mínimos detalhes. Detesto, por exemplo, ver que o piloto vai aos toaletes: E se ele passar mal e o copiloto for um incompetente? Sempre me pergunto se ele não terá festejado muito no dia anterior ou bebido demais antes de decolar. São feitos testes alcoólicos com os comandantes de voo? Ao menor barulho em alguma das partes da aeronave, eu preciso saber o que aquilo pode ser. Eu fico atenta à menor variação no funcionamento das turbinas e observo constantemente a expressão das aeromoças para captar quaisquer sinais de inquietação... (Paula, 42 anos).

O medo de avião representa a mais frequente das fobias de transportes, e deve atingir cerca de 8 a 11% das pessoas. Porém, os pacientes com essa fobia parecem dividir-se em três grupos distintos, com características bem diferenciadas[167]:

- Uma primeira subcategoria reúne aquelas pessoas que temem "estar no ar, suspendidas no vazio". Elas não apresentarão, durante o voo, crises superagudas de angústia (os chamados ataques de pânico), mas se sentirão muito inquietas antes do voo e durante todo o seu percurso. Geralmente, contudo, essas pessoas são capazes de tomar o avião;

- Uma segunda subcategoria congrega indivíduos com alto nível de ansiedade e que, sentindo-se encurralados no interior da aeronave, temem perder o controle de si mesmos durante uma crise de angústia aguda. Geralmente, eles farão de tudo para não entrar num avião;
- Uma terceira subcategoria corresponde àquelas pessoas que se sentem constrangidas quando perto de outros passageiros, diante dos quais sua dimensão de ansiedade social se acentua: o que elas temem, na verdade, é mais o fato de estarem amontoadas num avião, sendo olhadas por outros passageiros quando passam no corredor e estar sentadas muito perto dos outros etc.

O simples medo de avião é, em si, o mais comum. Em sua canção *Je peur de l'avion* (Eu tenho medo de avião), o cantor Francis Cabrel musicou as inquietações de um aerodromófobo:

Tous les bruits son bizarres
Toutes les odeurs suspectes
Même couché dans le couloir
Je veux qu'on me respecte
J'aimerais faire comme tout le monde
Trouver ça naturel
D'être expulsé d'une fronde
Jusqu'au milieu du ciel
Rien à faire, rien à faire
*J'ai peur de l' avion...**

O medo de avião é muito interessante sob inúmeros enfoques, sobretudo porque ele representa um caso de estudo a propósito da psicologia do controle. Embora os trajetos de automóvel acarretem um risco diário muito mais elevado, a maioria das pessoas se sente mais em perigo dentro de um avião, porque aí elas não têm controle da situação: é um desconhecido que me conduz, eu não o vejo, eu não sei o que acontece no interior do avião... ao passo que no automóvel sou eu que seguro o volante, controlo a velocidade, a trajetória... Além do mais, como acontece com outros tantos meios, o transporte aéreo não é 100%

seguro. Então, trata-se de fobia de avião, ou simplesmente de prudência? Numa obra escrita ao grande público[168], Mary Schiavo, inspetora-geral do Ministério dos Transportes dos Estados Unidos, afirma que uma atitude excessivamente confiante com relação aos transportes aéreos, sem dúvida, não é a melhor coisa. Então ela faz algumas recomendações, que com certeza reforçam comportamentos fóbicos (mas a fobia não é, em princípio, um meio de aumentar as chances de sobreviver?):

- Evite os aviões antigos;
- Informe-se sobre os modelos perigosos (o ATR franco-italiano, o Embraer brasileiro e todos os aviões russos são dessa forma alfinetados; e nenhum modelo americano está na lista, será por acaso?);
- Não voe com companhias muito recentes, que ainda não demonstraram e conquistaram sua reputação;
- Escolha assentos próximos ao corredor e perto das saídas de emergência (diversos acidentes ocorrem no momento da aterrissagem ou decolagem, e muitos passageiros morrem, na verdade, asfixiados, presos dentro do avião);
- Compre uma máscara antifumaça e leve-a sempre em sua bagagem de mão;
- Se perceber alguma coisa de anormal no avião, diga-o alto e forte, mesmo que o pessoal de bordo lhe peça que se cale...

Vê-se que o livro talvez não deva ser recomendado a alguém que tenha fobia de avião, a menos que se trate de um exercício terapêutico...

As viagens de avião têm ainda outro ponto interessante para quem estuda os medos, que é o fato de todo mundo poder sentir medo em algum momento. Mas como isso varia de indivíduo a indivíduo! Há diferenças no princípio de desencadeamento do medo: alguns sentirão medo mais cedo, antes mesmo de embarcar, ou diante de sinais ínfimos, como o rangido de uma caixa no compartimento de bagagem da cabine.

Há diferenças na intensidade do medo experimentado: diante de uma mesma situação, como uma perda de altitude devida a uma situação atmosférica particular, alguns entram em pânico, outros simplesmente ficam surpresos. Há diferenças na duração da emoção de medo: alguns, incapazes de desativar seu próprio alarme, têm medo mais tempo durante todo o voo e, inclusive, muito tempo depois. Enfim, há diferenças nas reações ao medo, que nem todos os passageiros administram da mesma maneira. Para esquecer ou distrair-se do medo, alguns procuram dormir, outros leem, bebem alguma bebida alcoólica, conversam com o vizinho, tentam relaxar, meditar sobre a vida, ou fazem orações...

Para concluir esse assunto, o medo de avião é também aquele que permite aos não fóbicos sentirem num voo o que os fóbicos sentem em todos os voos. Um de meus colegas contou-me uma lembrança de uma viagem de avião bastante agitada:

> O percurso era Nice-Lille. Pouco depois da decolagem, nós percebemos pelo balé das aeromoças que alguma coisa estava errada. Eis que, de fato, o comandante de bordo anunciou calmamente: "Devido a um pequeno incidente, teremos que pousar no aeroporto mais próximo..." Sem mais informações.
>
> Nesse momento não cabem outras explicações, mas é hora de tratar das urgências: apelos firmes a todos os passageiros que se mantenham sentados, colocar seus cintos de segurança, manter retos os encostos dos assentos e fechar as mesinhas à sua frente. As aeromoças se seguram como para uma aterrissagem. E de repente, como eu estava perto de uma janela, percebi que havíamos perdido altitude, e estávamos sobrevoando uma autoestrada, o avião parecia que ia pousar a qualquer momento. Reinava um silêncio mortal na aeronave. Aí compreendemos que o problema era sério.
>
> Tive medo, pensei imediatamente nos meus filhos. Ficariam órfãos? Eu estava de olho, atento aos mínimos detalhes suspeitos: uma mudança de nossa altitude, alterações no regime das turbinas, o olhar das aeromoças... controlava tudo, e comecei a pensar no que sucederia à minha família com a minha morte.
>
> Então fomos nos aproximando mais e mais do solo. Eu comecei a ficar pálido, minha vizinha me sussurrou como que para tranquilizar a si mesma: "Estamos chegando, é um aeroporto". De fato, já podíamos ver as pistas, os edifícios e... caminhões de bombeiros! Um pouco mais adiante, ambulâncias... O aparelho pousou sem problemas. O piloto nos acalmou e pediu que deixássemos calmamente o avião.

> Enquanto eu imaginava ver cenas de pânico, tudo se passou como num filme de demonstração de companhia aérea: as pessoas esperaram sua vez, sem desordem. Uma calma anormal. E uma enorme tensão. Eu acho que todo mundo estava numa espécie de torpor, como eu. Saímos finalmente sem empurrões nem tumulto. Havia, inclusive, um posto de assistência psicológica instalado no local. Dois passageiros tiveram uma crise de nervos. Uma senhora passou mal. Mais tarde soubemos que houvera um princípio de incêndio no compartimento de bagagens.
> Quando nos perguntaram se desejávamos tomar o avião seguinte, eu preferi voltar de trem: eu estava esgotado, física e psicologicamente, como se estivesse dopado pelo medo...

Esse colega vivenciou o voo na pele de uma pessoa fóbica: hiperatenção sobre os mínimos detalhes, sensação de que está vivendo sua última hora neste mundo, esgotamento físico depois desse enorme medo... Depois disso ele pôde tomar outros voos e, aos poucos, as marcas dessa experiência foram, não apagadas, mas minimizadas e recobertas pelas diversas outras experiências de voos que aconteceram segundo cenários habituais de normalidade. Para uma pessoa mais vulnerável, sem dúvida esse incidente teria deixado cicatrizes emocionais mais profundas.

Assim como o medo de aviões, o medo de automóveis, também bastante comum, reúne perfis de indivíduos com histórias bastante diferentes[169]. Alguns foram vítimas de acidentes automobilísticos que lhes deixaram sequelas traumáticas: tão logo sentam ao volante, eles sentem retornar um mal-estar ligado à lembrança do acidente. Parece que cerca de 20% das pessoas que foram vítimas de acidentes no trânsito apresentam, depois, medo de dirigir, e isso durante vários anos[170]. Tal medo nem sempre chega ao estágio de uma fobia, mas quando acompanhados de um segundo acidente, os riscos de condicionamento fóbico aumentam. Nesse caso, essas pessoas precisam ser tratadas como as vítimas de traumatismos psicológicos: através de exposição prolongada à lembrança traumática[171]. Outras sofrem do medo de perder o autocontrole durante o ato de dirigir. Elas tanto têm medo de

passar mal e perder a consciência quanto de serem vítimas de um impulso que lhes faça perder o controle do carro ou precipitá-lo numa ribanceira ou debaixo de um caminhão que lhes aparecer na frente. Nesse caso, trata-se de pessoas, geralmente, com transtorno de pânico (cf. capítulo 9). Casos particulares podem ser encontrados, que apresentam a fobia de dirigir como sendo a consequência de outra fobia: medo de dirigir em túneis, para os claustrófobos, medo de dirigir nas montanhas, para os acrófobos etc.

Eis a história de Mariane, 44 anos, secretária médica, que não consegue, praticamente, sentar ao volante de um automóvel. Depois de obter sua carteira de motorista com grande dificuldade, após cinco tentativas, desistiu completamente de dirigir pessoalmente o carro de passeio que seu marido lhe comprou. Bastante desenvolta enquanto morava na cercania de Paris, de repente ela desenvolveu um *handicap* quando precisou mudar-se para o interior, onde qualquer deslocamento requeria ter – e saber dirigir – um automóvel. Assim ela tentou retomar o volante, mas logo deu-se conta de que se tinha tornado simplesmente incapaz de dirigir: ela não conseguia percorrer o menor trajeto sem que alguém a acompanhasse; no volante sentia-se totalmente tensa e tinha que parar a cada 5 minutos, pois seus músculos estavam totalmente entesados por causa do medo. Seu marido, inicialmente, tentou acompanhá-la e ajudá-la a recobrar a autoconfiança, mas rapidamente as saídas do casal transformaram-se em brigas, pois o marido não conseguia entender e aceitar os receios da esposa. Portanto, ela parou de dirigir... Procurando analisar o problema, o terapeuta consultado propôs percorrer com ela o pequeno trajeto de automóvel e confirmou o perigo potencial da paciente: em 5 minutos, ela avançou duas vezes em cruzamentos fechados, mudou diversas vezes de fila ou de direção sem usar as setas nem olhar no retrovisor e mostrou-se muito nervosa e febril. Por outro lado, Mariane não apresentava nenhuma dificuldade

para se locomover por qualquer outro meio de transporte, exceto o automóvel, e nunca tinha tido ataques de pânico isolados.

A siderodromofobia – literalmente, o medo de estradas de ferro, ou de viagens de trem – é relativamente pouco estudada e pouco conhecida. O medo inspirado nas primeiras locomotivas e nas primeiras viagens por estradas de ferro era particularmente comum no século XIX. Alguns cientistas da época prediziam que o corpo humano não podia resistir a velocidades superiores a 30 quilômetros por hora e os primeiros acidentes ferroviários atiçaram muito a imaginação popular, como acontece hoje, com os acidentes aéreos. Depois, as pessoas se acostumaram com os trens, ao menos até a chegada do TGV (trens de grande velocidade). Com efeito, esse modelo parece suscitar mais fobias do que o trem de modelo clássico, no qual sempre é possível abrir as janelas e que faz paradas frequentes nas estações. O ambiente da viagem em um TGV se assemelha mais ao avião: não se abrem as janelas, há poucas ou nenhuma parada durante o trajeto... O Eurostar, com sua passagem pelo Canal da Mancha, não ajudou muito nesse assunto. Por isso, houve um aumento de pedidos de cuidados da parte dos siderodromófobos, que se tornaram novamente mais numerosos. Alguns amigos terapeutas comportamentalistas desenvolveram, inclusive, uma parceria com a SNCF(?) nesse sentido, para poderem acompanhar seus pacientes fóbicos no trajeto Paris-Lille, e Paris-Londres, como ocasião para uma bela sessão de exposição *in vivo*!

7.6 Medos e fobias de sangue e ferimentos

Marcos é mestre de obras. Com 32 anos, ele vem me consultar devido a uma fobia de sangue. Seu pai sempre sofreu do mesmo tipo de problema: como Marcos, ele desmaiava sistematicamente quando recebia uma injeção ou precisava receber sangue. Há um ano, Marcos decidiu encarar seu medo e assistir ao primeiro parto de sua mulher. Foi uma tragédia. Sentindo sobrevir um mal-estar, ele tentou permanecer

estoicamente de pé, mas acabou desmoronando e derrubando na queda também o aparelho de monitoração que lhe causou um talho do couro cabeludo. Teve uma segunda síncope quando o colocaram numa mesa cirúrgica ao lado de seis pontos de sutura. Quando suas aventuras médicas terminaram, sua filha já havia nascido... desde esse episódio, Marcos viu sua fobia agravar-se cada vez mais: ele não pôde ir ao dentista quando um dente seu quebrou, nem visitar seu avô no hospital ("basta o cheiro do hospital para me fazer desvanecer"). Em certa ocasião, ele precisou pedir a amigos que mudassem de assunto quando, numa roda, eles contavam os acidentes de trânsito que haviam presenciado. Antes de assistir a um filme, ele se informa cuidadosamente para saber se não há cenas de violência ou de hospitais. Percebe que tende a mudar de calçada quando passa diante de laboratórios de análises médicas. Começa a não suportar mais o cheiro de carne vermelha, e evita entrar em açougues, de tanto que o cheiro da carne lhe causa mal-estar. "Tenho vergonha disso, pois não é uma imagem muito viril de um homem. Minha mulher quer que tenhamos outro filho, mas não posso nem imaginar assistir ao parto. Isso não é normal..."

O conjunto dos temores que gravitam sobre o sangue, as injeções, os ferimentos, as intervenções médico-cirúrgicas, representa uma família de fobias bem particulares. O estímulo visual está, geralmente, em causa, mas os pacientes também são muito sensíveis aos odores associados, como do sangue fresco, de produtos desinfetantes ou anestesiantes, dos corredores dos hospitais, bem como a algumas sensações dolorosas como as das picadas e injeções... Eles podem passar mal à vista do sangue dos outros, ou até do seu próprio sangue, e para algumas mulheres, até diante de sua própria menstruação. A fobia de tratamentos dentários pode estar vinculada à do sangue, mas também à de sufocação: os pacientes não suportam, nesse caso, ter alguma coisa dentro da boca.

Essa fobia específica, muito difundida (4% da população), apresenta características fisiológicas que a diferenciam claramente das demais: enquanto a maior parte dos estímulos fobógenos provoca uma aceleração do ritmo cardíaco (taquicardia) e raramente gera desmaios, contrariamente aos temores de alguns pacientes, as fobias do sangue e das injeções são acompanhadas geralmente de uma diminuição do ritmo cardíaco (bradicardia) e levam frequentemente a uma síncope (mais de três quartos desses indivíduos têm antecedentes de perda de consciência à vista do sangue, ou mesmo de seu odor). Esta bradicardia, ademais, leva um certo tempo para se desenvolver, depois de uma breve fase de taquicardia, e necessita de uma exposição ao estímulo fobógeno de no mínimo 10 a 60 segundos, de acordo com estudos. As pessoas que sofrem dessa fobia, portanto, geralmente têm tempo para sentir o mal-estar chegar e escapar ou afastar-se de modo a evitar uma queda. Num plano evolucionista é possível que os mecanismos dessa fobia de sangue sejam herança de reflexos de proteção do organismo em caso de ferimentos: para evitar uma hemorragia importante nossa tensão arterial diminuiria, limitando a gravidade do sangramento, mas isso também facilitaria os desmaios por hipotensão arterial. Essa reação automática estaria, como sempre, desregulada para cima nos indivíduos fóbicos.

A predominância feminina é menor nessa subcategoria das fobias: "apenas" 50 a 70% das mulheres. Esse resultado é mais surpreendente ainda se considerarmos que os homens tendem a minimizar sua declaração quanto à intensidade de seu medo de sangue, por razões de imagem social: não passar por fracote continua sendo uma preocupação para muitos deles[172]. Na maioria dos casos, a fobia existe desde antes dos 10 anos[173], e as influências genéticas parecem importantes.

O *handicap* gerado pode impedir o acesso a algumas profissões: médico(a), enfermeiro(a), policial, militar. Pode também ser bastante difícil para os pais que temem não conseguir cuidar dos machucados e

hematomas de seus filhos pequenos, sem caírem eles próprios por terra! Mas o problema principal reside, sem dúvida, nas atitudes de evitamentos dos inúmeros cuidados e exames médicos que podem impelir os pacientes a negligenciar gravemente seu estado de saúde, fugindo sistematicamente da tomada de sangue, das vacinas, as operações cirúrgicas e, às vezes, até de entrar num hospital ou visitar um médico. A fobia de tratamento dentário se assemelha à de sangue e de ferimentos. Também aí, o medo do dentista acaba levando, infelizmente, a consequências muito prejudiciais para a saúde dentária[174]. Em um outro domínio, uma equipe francesa[175] demonstrou que, entre os pacientes diabéticos, aqueles que apresentavam medo de sangue ou de injeções tinham dificuldades para controlar regularmente sua glicemia, pois isso requeria picadas suplementares! Infelizmente, esses controles são necessários para o ajuste das doses de insulina a serem administradas. Trata-se, portanto, de fobias preocupantes, que os profissionais de saúde devem aprender a contornar: o problema é que os pacientes não gostam de frequentar os consultórios médicos, os serviços hospitalares e outros laboratórios, e os evitam sempre que possível.

Um dia eu recebi uma carta chocante de uma mãe que tinha perdido seu filho depois de um traumatismo craniano secundário decorrente de uma queda durante a tomada de sangue: ele não havia comunicado aos enfermeiros e seu desmaio pegou todo mundo de surpresa. Tendo sabido que tínhamos disponibilizado um serviço de protocolo ao tratamento de fobias de sangue, ela me pediu informações sobre essa patologia que havia levado seu filho de maneira tão absurda.

Como as fobias de sangue e de injeções são acompanhadas por uma tendência à hipotensão e à síncope, técnicas específicas devem ser realizadas nas terapias por exposição desses indivíduos, sem o que a terapia poderia provocar um mal-estar que ainda aumentaria a convicção do paciente de que não é capaz de enfrentar o estímulo

fobógeno. Duas estratégias principais são utilizadas: pode-se fazer com que o paciente se estenda na situação de confronto, mas isso nem sempre é fácil; ou então utilizar uma técnica na qual o próprio paciente aumenta sua pressão arterial contraindo fortemente seus músculos *aplied tension*[176]. Eis as bases desse método específico, que permite exercícios de exposição ambulatorial mais facilmente do que o recurso à posição estendida:

- O terapeuta instrui, anteriormente, o paciente fóbico a manifestar os primeiros sinais que percebe, de diminuição da tensão, que antecedem a síncope (taquicardia seguida de bradicardia, sensação de vazio na cabeça etc.);
- Pede-lhe, nesse momento, que contraia muito fortemente os músculos dos antebraços, das pernas, do peito e da barriga;
- A tensão assim ativada deve ser mantida durante cerca de 20 segundos (p. ex., até perceber uma sensação de calor no rosto);
- Depois o paciente se solta (mas sem tentar relaxar), repete o exercício por cinco vezes.

Uma vez que o método esteja dominado, a exposição pode começar. Os resultados são muito satisfatórios, mesmo com poucas sessões[177]. O paciente terá aprendido a não afobar-se mais diante de sensações da síncope que se aproxima, e a organizar-se adequadamente em vista disso.

7.7 E quando se sofre de várias fobias ao mesmo tempo?

Quando o paciente sofre de uma fobia específica, apresenta, geralmente, diversos outros medos. Um estudo sobre isso mostrou que as fobias específicas só ocorrem de maneira isolada em um quarto dos pacientes[178]. Embora esses temores nem sempre atinjam o nível de intensidade de uma fobia[179], eles atestam a presença de uma vulnerabilidade global ao medo na maioria dessas pessoas. Isto não altera as estratégias de tratamento. É inútil procurar trabalhar abstratamente sobre um eventual "fundo fóbico". Parece mais eficaz

começar a abordar a fobia cujo *handicap* é o mais grave, e com isso é comum perceber-se um efeito tipo "bola de neve": aprender a superar um primeiro medo costuma, geralmente, gerar uma diminuição dos demais medos, que, de qualquer modo, a pessoa tratará, se necessário, utilizando as mesmas estratégias.

A respeito dessas fobias múltiplas, lembro-me de ter lido, quando estive nos Estados Unidos para um congresso de psiquiatria, um surpreendente artigo no *New York Times*[180]. O jornalista descrevia a situação apocalíptica das pessoas que, tendo sobrevivido a um acidente de avião caído no oceano, corriam o risco de ser atacadas por tubarões. Numa página inteira cheia de emotividade, muito bem documentada e pragmática, o jornalista dava conselhos sobre como proceder em semelhantes casos para aumentar as chances de sobreviver. Provavelmente útil aos não fóbicos (afinal, nunca se sabe), esse tipo de artigo, por outro lado, serve para aterrorizar totalmente, não apenas os fóbicos de avião, mas os fóbicos de banhos de mar...

7.8 Enfrentar seus medos sozinho?

No filme *O prisioneiro de Azkaban*[181], o aprendiz de feiticeiro Harry Potter é confrontado com provas aterradoras, mas sobretudo com a necessidade de encarar, sozinho, os seus medos. Com recurso de imagens poéticas e de criaturas quiméricas, todas as dimensões do medo são apresentadas ao espectador. Assim, um professor da escola de feiticeiros de Poudlard prepara os alunos para enfrentarem seus medos através de um treino diante de "assombrosos" fantasmas que tomam a forma daquilo que lhes inspira maior medo. Numa belíssima cena, todos os alunos colocam-se diante do armário onde os fantasmas estão trancafiados, para enfrentá-los, cada um na sua vez: segundo os medos de cada um, os fantasmas saem sob a forma de uma aranha gigante, de uma enorme serpente, de um professor terrível... e o único meio de fazê-

los recuar é não fugir, enfrentá-los sem se deixar amedrontar, usar de humor e criatividade e, naturalmente, uma fórmula mágica!

Mas quando chega a hora de Harry Potter, o exercício sai muito mal e o professor intervém para salvá-lo: o que ele mais teme são fantasmas monstruosos chamados "detratores" por quem ele já fora atacado. Os detratores encarnam o medo; eles aspiram, absorvem, sugam tudo o que há de bom, de positivo, de feliz e de forte em nós, até à inanição e à morte. Sua presença se revela por um ambiente gelado, que nada mais é do que a dupla metáfora do frio da morte e o do medo, presentes em diversas expressões: "O sangue lhe congelou nas veias...", "...deu-me um frio na espinha". Para resistir a eles é preciso mobilizar todas as suas energias, agarrar-se a suas lembranças mais fortes e mais felizes. E, diante deles, que encarnam nossos terrores mais violentos e perigosos, não esperar ajuda de ninguém. A mensagem do filme é clara: somos nós, e apenas nós, que possuímos a chave para vencer nossos medos.

Mas voltemos aos *moldus***... Se uma autoterapia for possível, será para curar medos simples: animais, altura, escuro, sangue... Lembro-me de Timóteo, filho de um amigo meu, que sabia que eu era especialista em medos. Vindo ver-me quando esteve em Paris, ele pediu-me alguns conselhos. Embora tivesse apenas 10 anos, fosse corajoso e lutador, Timóteo tinha um enorme medo do escuro. Não podia dormir no escuro de noite, o que não causava nenhum problema em sua casa, mas o deixava constrangido quando ia dormir na casa de seus amigos: afinal, como explicar esse "medo infantil"? Também não gostava de descer ao porão de casa. Sempre que seus pais lhe pediam alguma coisa de lá, ele fazia um esforço muito grande para não recusar. Diversas vezes havia caído nas escadas mal-iluminadas do porão, porque queria entrar e sair depressa. Geralmente deixava a luz acesa atrás de si, o que era motivo de repreensões por parte de seus pais, a quem durante muito tempo ele tentou ocultar a intensidade de seus medos. Também as tempestades o

colocavam em pânico, por causa das quedas de eletricidade que geralmente vinham junto. Quando começamos a conversar sobre seu medo de escuro, ele me disse que era medo de ser atacado por um monstro ou um assassino. Ele tinha clareza de que era bem pouco provável que isso ocorresse, mas mesmo assim o medo estava presente.

Então expliquei a Timóteo como "funcionavam" nossos medos e, sobretudo, como o dar-lhes ouvidos podia fazê-los ficarem mais fortes e duradouros. Eu lhe mostrei como, se não recuamos diante do medo, este acabará se recuando diante de nós. Fizemos um pequeno exercício no porão da casa, onde Timóteo ficou fechado por 15 minutos. Depois traçamos uma estratégia precisa: quando voltasse para casa, ele iria todos os dias até o porão com o único objetivo de lutar com seus medos. Ele ficaria lá, no escuro, olhando em volta, esperando, até que o medo tivesse desaparecido. Quando tivesse que ir buscar alguma coisa, caminharia lentamente. E se o medo aparecesse, ele não aceleraria o passo, mas pararia e olharia para trás, para ver o que havia atrás dele, em vez de imaginá-lo – e, evidentemente, imaginar o pior.

Depois de um mês, Timóteo me telefonou para me dar notícias: ele não tinha mais medo do escuro. Caindo em risos, ele passou o telefone ao seu pai: este confidenciou-me que tinha exatamente os mesmos medos que seu filho!

Às vezes é preciso muito pouco para superar medos pequenos, mas aos quais sucumbimos e que, por isso, acabam instalando-se permanentemente. Por outro lado, as fobias geralmente necessitam da intervenção de um terapeuta, salvo em condições excepcionais...

7.8.1 É possível curar-se sozinho de uma fobia específica?

A resposta, certamente, é "não" para as fobias complexas, mas para as fobias específicas é "sim", contanto que...

Sim, contanto que sua fobia não esteja complicada também por outros problemas como depressão, hábito de beber ou tomar remédios, doenças

cardíacas...

Sim, contanto que você respeite as regras propostas neste livro: confrontar-se regularmente, progressivamente...

Você poderá conseguir isso muito mais facilmente se alguém o ajudar em seu esforço: pode pedir a pessoas próximas ou amigos que o ajudem. Ou então a associações que organizam, por exemplo, sessões na piscina, para os pacientes com fobia de água etc.[182]

Ainda não contamos com número suficiente de pesquisas científicas a respeito das possibilidades das autoterapias para autênticas fobias. Mas elas existem, e uma primeira etapa pode ser a ajuda dada por livros voltados a esse objetivo específico[183], ou programas informatizados de autotratamento[184] ou disponíveis na internet[185]. Para alguns pacientes, essa primeira etapa pode revelar-se suficiente: os menos atingidos, ou mais motivados?

7.9 Como tratar medos e fobias específicos?

As fobias específicas, sem dúvida, são as mais fáceis de tratar, dentre todos os transtornos psicológicos, desde que se utilize o método adequado: a dessensibilização do medo através da exposição gradual. Como já descrevi essa abordagem comportamental, não farei mais do que relembrar suas características próprias para as fobias específicas.

As terapias comportamentais e cognitivas são particularmente eficazes no tratamento das fobias específicas e proporcionam melhora, em geral, a mais de 80% dos pacientes (cf. quadro a seguir). Esses resultados são ainda mais interessantes se considerarmos que provavelmente apenas os indivíduos mais severamente atingidos procuram ajuda. Lembremos que até o presente não existe nenhuma prova da eficácia de um medicamento para curar fobias específicas.

Resultados* das terapias comportamentais em fobias específicas[186]**

Tipo de fobia específica	Porcentagem de indivíduos	Duração média do

	que melhoram	tratamento
Acrofobia	77%	4 horas
Zoofobias	87%	2 horas
Fobias de sangue	85%	5 horas
Fobias de injeção	80%	2 horas
Claustrofobia	86%	3 horas
Fobia de tratamentos dentários	90%	7 horas
Fobias de viajar de avião	80-90%	6-8 horas

O tratamento é simples. Depois de explicar ao paciente a natureza e o funcionamento dos medos fóbicos e o objetivo da terapia (controlar, e não fazê-los desaparecer), passa-se a:

- Definir com o paciente o objeto e a natureza específica de seus medos; por exemplo, as grandes aranhas e o medo de um ataque, em seguida, de uma mordida, depois, de... o que, exatamente? Geralmente, os pacientes não vão até o fim em seus medos, como já falamos algumas vezes;
- Estabelecer uma lista hierarquizada de situações que desencadeiam o medo, das mais facilmente abordáveis (confrontar-se com imagens ou pensamentos) às mais difíceis (enfrentar a situação);
- Ensinar uma técnica de relaxamento;
- Verificar a pertinência das informações de que o paciente dispõe acerca de seus medos: a aranha ataca ao menor movimento, um avião com problemas pode partir-se em dois em pleno céu...;
- Conversar sobre seus cenários catastróficos e questioná-los;
- Começar os exercícios de confrontação, prescrevendo também exercícios para casa, mais fáceis, mas para serem feitos regularmente.

A seguir, uma lista de alguns procedimentos para dessensibilização, utilizada com uma paciente com fobia de cães:

- Olhar, numa revista, fotos de cães rosnando e mostrando os dentes;
- Colocar-se a cerca de 10 metros de grandes cães, segurados pela coleira por seus donos;
- Aproximar-se alguns metros deles;
- Ir a um canil ou uma loja onde se vendem cachorros;
- Ficar diante da cerca de um sítio onde grandes cães latem sistematicamente aos passantes, rosnando e mostrando os dentes;
- Falar com o proprietário de um cão para que o segure amarrado, de modo que eu possa aproximar-me até cerca de 1 metro de seu animal;
- Acariciar um pequeno cachorrinho;
- Acariciar um cachorro grande solto;
- Abaixar-me para acariciar um cachorro grande, colocando-me na sua altura.

7.9.1 Um tratamento expresso para certas fobias específicas?

Parece que as fobias específicas, em certos casos, podem ser tratadas em algumas sessões. O formato de terapia mais frequentemente encontrado é de cinco sessões de aproximadamente uma hora.

Diversos trabalhos também têm demonstrado a eficácia do tratamento numa só sessão de três horas em diversos tipos de fobias específicas: fobias de aranhas[187] ou de injeções[188]. Os benefícios do tratamento em uma sessão (principalmente em termos de simplicidade e ganho de tempo) poderiam levar os terapeutas a dispor recursos preferencialmente para essa técnica. Essas sessões únicas podem ser administradas em grupos, por exemplo, com fobias de aranhas[189], com bons resultados também aí, que se mantêm após um ano do acompanhamento.

Mas ainda não se tem certeza de que os resultados se mantenham pelo mesmo tempo longo quanto nas terapias clássicas[190]. Querer limitar

demais a duração das terapias pode parecer uma boa ideia se considerarmos que ainda existem poucos terapeutas e centros especializados, mas há, sem dúvida, um número de horas de terapia que precisa ser respeitado, abaixo do qual a eficácia do tratamento, certamente, será mínima.

7.9.2 A realidade virtual a serviço das fobias específicas

Por inúmeras razões, as terapias por exposição *in vivo* podem verificar-se difíceis de realizar: escassez de terapeutas em algumas regiões, fobias para as quais não é fácil ao terapeuta acompanhar seu paciente, nem ao paciente confrontar-se "sob encomenda", como numa fobia de avião. A utilização de aparelhos (máscaras, luvas, cadeiras móveis...) que permitem imergir o paciente numa realidade virtual representa, assim, um recurso terapêutico formidável. As terapias virtuais para fobias simples já foram objeto de inúmeros estudos controlados e provaram sua eficácia sobretudo em fobias de aranhas, de avião, elevadores e de altura[191].

7.10 O que aconteceu com os pacientes cujas histórias foram contadas neste capítulo?

7.10.1 Francisca e a fobia de pássaros

A terapia de Francisca levou aproximadamente quarenta sessões. Esse número relativamente elevado para uma fobia específica se explica pela intensidade de seus medos: foi necessário, praticamente em cada etapa, fazer uma preparação por uma exposição através da imaginação. Uma vez relaxada, Francisca se imaginava numa situação amedrontadora para ela. Eu apenas lhe pedia o confronto em campo quando ela era capaz de fazê-lo sem entrar em pânico.

As etapas por que passamos foram as seguintes:

- Olhar atentamente fotos de pombos;

• Ver um vídeo com pombos (gravado por seu marido no quarteirão onde eles moravam);
• Começar a aproximar-se de um local frequentado por pombos e observá-los de longe;
• Visitar um viveiro de pássaros;
• Aproximar-se de gaiolas com rolinhas;
• Correr os dedos por entre as varetas das gaiolas, com o risco de ser tocada pelos pássaros;
• Pegar e segurar penas de pombos ajuntadas no chão;
• Sentar-se num banco do quarteirão "gravemente tomado pelos pombos", segundo sua expressão;
• Dar comida aos pombos.

As sessões com Francisca eram muito pitorescas, pois muitas pessoas estavam presentes e acompanhavam as sessões. Ela soltava gritos altos, geralmente em italiano, *Mamma mia*!, ou *Madonna, Madonna*!, em que se misturavam a angústia, depois a satisfação admirada de ver que aquilo "funcionava". Com isso, era comum muitas pessoas virem dar conselhos ou nos oferecer ajuda. No fim da terapia, o dono do viveiro, que já me conhecia das sessões de terapia de diversos outros pacientes, propôs a Francisca que tomasse nos braços uma pequena pombinha. Ela ficou muito emocionada com essa cena, pois tomou consciência da fragilidade do pássaro entre suas mãos: "Eu percebi, ela me diria mais tarde, que eu não precisava ter medo de animaizinhos tão frágeis". Mas Francisca também nunca se tornou uma columbófila...

7.10.2 Rosemarie e a fobia de água

Rosemarie realizou cerca de 12 sessões comigo, mas também recebeu ajuda de uma associação chamada "Com o pé na água", que oferece a quem tem fobia de água sessões de exposição na piscina, muito úteis e eficazes.

Os principais exercícios que realizamos na terapia, ou que lhe recomendei realizar, foram os seguintes:

- Fazer gargarejos para acostumar-se com a água na garganta;
- Falar com água na boca, para expor-se ao risco de engasgar, pois ela tinha muito medo que isso acontecesse. Os engasgos, na verdade, foram os causados por nossas risadas durante os exercícios (uma paciente e um terapeuta conversando com a boca cheia d'água), que nos expuseram ao problema;
- Reter a respiração durante o máximo de tempo possível;
- Mergulhar a cabeça numa bacia cheia de água;
- Comprar uma máscara e um tubo, informar-se com o vendedor como são usados e testar o material na banheira;
- Ir à piscina com uma amiga, depois sozinha, primeiro informando o professor de natação sobre seus medos, de modo que ele possa "ficar de olho, caso comece a se afogar", e depois de maneira "anônima".

Concluído esse trabalho, Rosemarie acabou aceitando o convite e partindo num cruzeiro com seus amigos e, sobretudo, conseguiu aproveitar o passeio!

7.10.3 Mariane e a fobia de dirigir automóveis

A terapia de Mariane durou cerca de um ano escolar e precisou de umas quinze sessões com seu terapeuta. Depois de algumas saídas movimentadas com o carro deste, Mariane aceitou tomar "lições" semanais com um monitor de autoescola simpático, que fazia esse trabalho nas proximidades e que aceitou ouvir as recomendações do terapeuta. Essas lições não consistiam em aprender a dirigir, pois isso Mariane sabia fazer perfeitamente, mas em aprender a dominar seu medo de dirigir, em companhia de um passageiro mais paciente do que seu marido. Nesse tempo, o terapeuta ensinou-lhe técnicas de relaxamento, praticou com ela o jogo dos papéis, que permitia encenar todos os temores de Mariane a respeito das consequências de um bate-

boca qualquer com outro condutor: como responder a eventuais reclamações sexistas do motorista, de que ela tinha muito receio (Ah!, mulher no volante...!), como obter uma atitude amigável etc. Como Mariane vivia com medo de deixar o carro morrer e não conseguir mais sair dessa situação por causa do medo, bloqueando assim todo o tráfego na rua, o terapeuta lhe propôs fazer o teste do cenário catastrófico. Partiram, portanto, os dois juntos no carro, o terapeuta foi dirigindo no começo e pediu que Mariane lhe predissesse: 1) quanto tempo os motoristas levariam para buzinar se seu carro bloqueasse uma rua, enquanto ele fingiria estar tentando fazer o carro pegar para sair dali; 2) quanto tempo antes que eles ficassem nervosos e os xingassem ou descessem do carro encolerizados. Mariane pensava, na verdade, que as buzinadas seriam instantâneas e violentas, e que o terapeuta iria correr um risco enorme de ser agredido. Esse fez a experiência por seis vezes e Mariane percebeu que os outros motoristas não eram tão selvagens quanto ela imaginava, ao menos não todos: só houve quem buzinasse em três das seis ocasiões, e mesmo assim depois de um tempo admirável (mais de 30 segundos). Além disso, o terapeuta não apanhou, embora tenha levado ainda outros 30 segundos para liberar a passagem, após o toque de buzina. Pouco a pouco, Mariane recomeçou a sair de carro nos arredores de seu quarteirão, primeiro acompanhada por uma amiga, depois totalmente só. Após alguns meses, ela estava dirigindo normalmente. Finalmente, o momento mais difícil da terapia foi convencer seu marido a emprestar novamente o carro à sua esposa...

7.10.4 Marcos e a fobia de sangue

Marcos precisou enfrentar-se muitas vezes até livrar-se de sua fobia e interrompeu a terapia duas vezes. Tinha medo principalmente de passar mal e detestava especialmente vir ao hospital, na parte de atendimentos: ele não gostava nem do espaço (esse lugar cheio de seringas!), nem dos

odores característicos, lugares de cuidados onde braços vão sendo picados um após outro. No total, umas vinte sessões foram necessárias.

Inicialmente, ensinei a Marcos uma técnica de relaxamento através do controle respiratório e de uma maneira de fazer aumentar a tensão arterial em caso de sensação de síncope: colocar as mãos em forma de gancho e puxar muito forte os antebraços, ao mesmo tempo em que contrai os músculos do peito e da barriga.

Lembrei-lhe também em que consistia o tipo de síncope que ele apresentava: o único risco é que essas perdas de consciência provocam uma queda. Por isso, basta prevenir os familiares e amigos, não tentar disfarçar, mas assumir simplesmente essa característica fisiológica particular, e não hesitar em alongar-se, se necessário. Não preocupar-se com a perda de consciência, pois, se ocorrer, é sempre muito breve, da ordem de alguns segundos. Ela não causa, evidentemente, nenhuma sequela.

Então, iniciou-se a confrontação por etapas. Essa consistiu, primeiramente, em ouvir, depois ler e pronunciar palavras como "sangue", "picada", "seringa", "artéria", "tirar sangue", "laboratório de análises", "operação", "cirurgia"... Depois, em olhar fotos de vacinação e extração de sangue tiradas de manuais de enfermagem ou revistas médicas, das quais disponho de toda uma coleção, que guardo num fichário com a classificação "Especial para fobia de sangue". Emprestei esse material para o Marcos durante várias semanas para que ele treinasse a exposição todos os dias. Depois, ele treinou olhar para seu cotovelo dobrado, como também o das outras pessoas de sua convivência. Bizarramente, ele não suportava ter que olhar para essa parte do corpo, totalmente associada para ele à ideia de uma agulha forçando a pele. Pouco a pouco, Marcos começou a ser capaz de observar uma agulha para injeção intramuscular em sua embalagem fechada. Também, nesse caso, eu emprestei-lhe uma para que levasse

para casa. Depois de certo tempo ele conseguiu entrar na sala de atendimento de pacientes e observar todos os materiais utilizados. Em seguida, pedi-lhe que pegasse e manejasse as agulhas para injeção, primeiro na embalagem, depois tirá-las da embalagem. "Sinto-me como a Bela Adormecida", disse ele então, com um sorriso um pouco nervoso. De fato, ele manuseava a agulha como se se tratasse de um perigoso explosivo, ameaçador como se estivesse envenenada.

No fim da terapia, eu lhe pedi que se picasse com a agulha sem fazer sangrar, na polpa dos dedos, depois em outras regiões do corpo e, finalmente, na altura do cotovelo. Mostrei-lhe, em seguida, em mim mesmo, como apoiar um pouco mais para que saísse uma gota de sangue, o que ele também aceitou fazer em si mesmo. Depois disso uma enfermeira realizou com ele uma simulação de tomada de sangue, fazendo sob seus olhos todos os gestos habituais, mas parando na hora de picar com a agulha. Depois de várias simulações desse tipo, Marcos aceitou tirar sangue de verdade, permitindo-nos realizar alguns exames que ele postergava havia anos. Marcos teve um princípio de desmaio, mas que pela primeira vez não o traumatizou, graças às conversas e exercícios realizados anteriormente.

Por fim, fomos passar o tempo no laboratório de biologia do hospital, onde eu havia avisado a um dos biologistas sobre nossa visita, permitindo que Marcos recebesse diversas explicações. Ele até teve coragem de fazer várias perguntas, sem medo de passar vergonha, e aproveitamos a ocasião para tirar sangue uma segunda vez. Novamente houve um começo de mal-estar, perfeitamente administrado. A coordenadora do laboratório explicou-lhe que esses mal-estares eram comuns nas pessoas que ela atendia todo dia.

Desde a terapia, Marcos e sua esposa tentam ter um segundo bebê, sem mais recear um mal-estar cataclísmico na sala de parto. Eu mesmo estou ansioso para que comecem os trabalhos de parto e,

principalmente, reconheço-o, para saber o resultado do parto, mas da parte do papai...

7.11 Medos simples, mas geralmente órfãos

As terapias de medos e fobias específicas, muitas vezes, são ocasião de lembranças pitorescas, pois, quando se trata de fóbicos, raramente fica-se sentado em seu sofá. Eu pude, sobretudo, graças a meus pacientes, aprender a capturar aranhas, ler muitos livros sobre a psicologia animal e frequentar lugares onde se pode encontrar toda espécie de animais, mortos, vivos, na cidade...

Mas também notei um paradoxo: embora as fobias específicas sejam globalmente mais fáceis e gratificantes de se cuidar, algo raro em nossa disciplina, os pacientes dificilmente encontram os terapeutas especializados. Parece que esses preferem, em geral, ficar sentados em seu sofá e explorar incansavelmente o passado ou, no máximo, contentar-se em dar bons conselhos.

Felizmente, as coisas começam a mudar. Há poucos dias, ainda, uma de minhas alunas, estagiária em psicologia e cheia de energia, pediu-me para lhe emprestar a câmera, a fim de ir filmar a diversão dos pombos na Praça Saint-Sulpice, em Paris, para mostrar a uma paciente sua, com pânico dessas aves...

---

153. MAGEE, W.J. et al. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, p. 159-168, 1996.

154. FREDRIKSON, M. et al. Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 344, p. 33-39, 1996.

155. CHAPMAN, T.F. et al. A comparison of treated and untreated simple phobia. *American Journal of Psychiatry*, 150, p. 816-818, 1993.

156. RACHMAN, S. et al. Fearful distortions. *Behaviour Research and Therapy*, 30, p. 583-589, 1992.

157. FREDRIKSON, M. et al. Functional neuroanatomy of visualy elicited simple phobic fear. *Psychophysiology*, 32, p. 43-48, 1995.

158. WESSEL, I.; MERCKELBACH, H. Memory threat-relevant and threat-irrelevant cues in spider phobics. *Cognition and Emotion*, 12, p. 93-104, 1998.

159. SÜSKIND, P. *Le Pigeon*. Paris: Fayard, 1987.

160. DAVEY, G.C.L. et al. A cross-cultural study of animal fears. *Behaviour Research and Therapy*, 36, p. 735-750, 1998.

161. SHAKESPEARE. *Oeuvres complètes – Le marchand de Venise*. Paris: Gallimard, 1959, ato IV, cena 1 [em português, *O mercador de Veneza*. São Paulo: Martin Claret].

162. McNALLY, R.J. et al. The etiology and maintenance of severe animals phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 23, p. 431-435, 1985.

163. SIMPÈRE, F. *Vaincre la peur de l'eau*. Alleur: Marabout, 1998.

164. RACHMAN, S.J. Claustrophobia. In: DAVEY, G.C.L. *Phobias, a Handbook of Theory, Research and Treatment*. Chichester: Wiley, 1997, p. 163-181.

165. MELENDEZ, J.; McCRANK, E. Anxiety-related reactions associated with magnetic resonance examinations. *Journal of the American Medical Association*, 270, p. 745-747, 1993.

166. AUBENAS, F. Le cauchemar de Paul, claustrophobe. *Libération,* 06/05/1994.

167. VAN GERWEEN, L.J. et al. People who seek help for fear of flying: typology of flying phobics. *Behavior Therapy*, 28, p. 237-251, 1997.

168. SCHIAVO, M. *Flying Blind, Flying Safe*. Nova York: Avon Books, 1997.

* Todos os barulhos são esquisitos / Todos os odores são suspeitos / Mesmo deitado no corredor / Quero que me respeitem / Eu gostaria de agir como todo mundo / Achar isso natural / Ser lançado por uma funda / Para o meio do céu / Nada a fazer, nada a fazer / Eu tenho medo de avião...

169. ZUMBRUNNEN, R. *Pas de panique au volant*. Paris: Odile Jacob, 2002.

170. KUCH, K. Accident phobia. In: DAVEY, G.C.L. *Phobias, a Handbook of Theory, Research and Treatment*. Chichester: Wiley, 1997, p. 153-162.

171. SABOURAUD, A. *Revivre après un choc*. Paris: Odile Jacob, 2001.

172. ARRINDELL, W.A. et al. Dissimulation and the sex difference in selfassessed fears. *Behaviour Research and Therapy*, 30, p. 307-311, 1992.

173. ÖST, L.G.; HELLSTROM, K. Blood-injury-injection phobia. In: DAVEY, G.C.L. *Phobias, a Handbook of Theory, Research and Treatment*. Chichester: Wiley, 1997, p. 63-80.

174. POULTON, R. et al. Good teeth, bad teeth and fear of the dentist. *Behaviour Research and Therapy*, 35, p. 327-334, 1997.

175. BERLIN, I. et al. Phobics symptoms, particulary the fear of blood and injury, are associated with poor glycernic control in type 1 diabetic adults. *Diabetes Cure*, 20, p. 176-478, 1997.

176. ÖST, L.G. et al. Applied tension: a specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, p. 25-29, 1987.

177. HELLSTROM, K. et al. One *versus* five sessions of applied tension in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, p. 101-112, 1996.

178. CURTIS, G.C. et al. Specific fears and phobias: epidemiology and classification. *British Journal of Psychiatry*, 173, p. 212-217, 1998.

179. FREDRIKSON, M. et al. Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 26, p. 241-244, 1998.

180. WALD, M.L. Shark attacks: when a plane crash at sea is the least of your womes. *New York Times*, p. 5, 02/05/2004.

181. O filme saiu em 2004. Cf. o romance de J.K. Rowling no qual ele se inspira: *Harry Potter and the prisoner of Azkaban* [em português, *Harry Potter e o prisioneiro de Azkaban*. Rio de Janeiro: Rocco, 2000].

** Nos romances do ciclo *Harry Potter*, os *moldus* são pessoas desprovidas de poderes mágicos, como vocês e eu. Ao menos, até prova em contrário... [N.T.].

182. Cf. www.pied-dans-eau.fr – Atenção: não se trata de psicoterapia, mas de estágios – pagos – de familiarização com a água, realizados com muita eficiência.

183. PANTALON, M.V.; LUBETKIN, B.S. Use and effectiveness of self-help books in the practice of cognitive-behavioral therapy. *Cognitive and Behavioral Practive*, 2, p. 213-228, 1995.

184. GILROY, L.J. et al. Controlled comparison of computer-aided vicarious exposure versus live exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*, 31, p. 733-744, 2000.

185. KENWRIGHT, M.; MARKS, I.M. Computer-aided self-help for phobia/panic via internet at home: a pilot study. *British Journal of Psychiatry*, 184, p. 448-449, 2004.

186. ÖST, L.G. Long-term effects of behavior therapy for specific phobia D. In: MAVISSAKALIAN, M.R.; PRIEN, R.F. (orgs.). *Long-Term Treatments of Anxiet Disorders*. Washington DC: American Psychiatrie Press, 1996.

*** Atenção: esse tipo de resultados muito positivo se explica por duas razões principais. Uma delas é que são equipes particularmente experientes que realizam, em geral, os tratamentos nessas pesquisas

187. ÖST, L.G.; SALKOVSKIS, P.M.; HELLSTROM, K. One-session therapist directed exposure *vs.* self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behaviour Therapy*, 22, p. 407-422, 1991.

188. ÖST, L.G.; HELLSTROM, K.; KAVER, A. One *versus* five sessions of exposure in the treatment of injection phobia. *Behavior Therapy*, 22, p. 263-281,1992.

189. ÖST, L.G. One-session group treatment of spider phobia. *Behavior Research and Therapy*, 34, p. 707-715, 1996.

190. TSAO, J.C.I.; CRASKE, M.G. Timing of treatment and return of fear: effects of massed, uniform-, and expanding-spaced exposure schedules. *Behavior Therapy*, 31, p. 479-498, 2000.

191. ROY, S. et al. La thérapie par réalité virtuelle dans les troubles phobiques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 13, p. 97-100, 2003.

8
Medos e fobias sociais

Esses medos são os mais destrutivos, pois afetam em nós aquele "animal social" de que falava Montesquieu.

Eles podem nos privar do que temos de mais precioso e que é mais indispensável para nós: o alimento das relações, a única coisa que nos dá gosto de viver.

Sem dúvida, podemos viver com formas benignas de medos sociais: nervosismo diante de uma situação, a timidez... Mas se formos atingidos pelo mais severo dos medos – a fobia social –, só nos resta sobreviver, ou, antes, subviver.

Depois de as termos, durante muito tempo, subestimado, nós – terapeutas – sabemos hoje como tratar essas grandes emoções do eu: através da terapia de campo. É sempre algo muito exigente, mas é – quase sempre – eficaz...

> *A timidez sempre foi a cruz da minha vida.*
> Montesquieu

Estação Glacière, linha 6 do metrô de Paris, às 18h. Do fundo do vagão lotado, gritando e gesticulando, uma jovem procura com grande esforço falar com alguém situado na outra extremidade: "Oi!, João Felipe! Querido! Como vai?" João Felipe está visivelmente constrangido. Alguns passageiros, divertindo-se com o episódio, giram a cabeça para observar a cena. O menino fica vermelho, mas responde da mesma forma, tentando gritar alto o suficiente para vencer o barulho ambiente e ser ouvido do outro lado:

– Oi, tudo bem! E você, como vai?

– Muito bem, obrigada! Você ainda está trabalhando lá no mercado?

– Sim, estou...

– Bom, até qualquer dia, então!

– Certo, até qualquer dia...

A maioria dos passageiros, a essa altura, está de cabeça erguida, acompanhando: não é comum as pessoas conversarem dessa forma no metrô de Paris. Em seguida, com a conclusão do diálogo, os passageiros voltam à sua ocupação anterior: alguns leem, outros se entretêm com seus pensamentos, há quem dê uma pequena cochilada. João Felipe troca algumas palavras com uma outra jovem de cabelos vermelhos, sentada ao seu lado: ela lhe sorri bastante e parece encorajá-lo. Então ele começa a olhar atentamente para todos os passageiros do vagão durante longos minutos. Primeiro inquieto, aos poucos seu semblante fica mais relaxado. Depois de uns 15 minutos, João Felipe e sua companheira de cabelos vermelhos descem do vagão. Desce também a jovem que o interpelou, e os três se juntam a conversar animadamente e dar boas risadas. Quando chega o seguinte trem do metrô eles sobem novamente para recomeçar exatamente a mesma cena...

Se você observar um dia uma cena desse tipo, pode ser que esteja presenciando uma de nossas sessões de psicoterapia grupal de ansiedade social. Venha nos saudar e falar de suas impressões, isto será um prazer para nós! Você também pode se deparar conosco do lado de uma passagem de pedestres, observando os motoristas parados diante do sinal vermelho, como se estivéssemos procurando alguém. Ou ainda, num dia maravilhoso, sentados no terraço de um café lotado de gente, amassando e fazendo barulho com uma latinha de refrigerante, chamando assim a atenção dos outros clientes e fazendo vir o garçom, irritado e praguejando, com pazinha e cesto de lixo. Outras vezes, vamos comprar o jornal com o rosto todo molhado de suor (temos um vaporizador, para esse fim). Muitas vezes, paramos dez passantes em seguida, na rua, para pedir informações sobre nosso trajeto ou perguntar as horas, sempre com o cuidado de sorrir e olhá-los bem nos olhos. Em suma, nós nos dedicamos a trabalhar sobre todo tipo de medos sociais.

8.1 Essas interações que dão medo

No dia a dia, aquilo que deveria ser um prazer pode acabar transformando-se em um tormento. Isso acontece, às vezes, quando nos relacionamos com nossos semelhantes: as interações podem se transformar em sofrimento por causa do medo.

A maioria das pessoas já sentiu vergonha diante de algumas situações sociais: na hora de falar em público, ao conhecer uma pessoa famosa, na hora de pedir um aumento de salário ou fazer uma declaração de amor... O que os psicólogos chamam de "ansiedade social" é, sem dúvida, uma emoção experimentada por todo mundo. Essa forma de apreensão, que pode ir de um medo benigno e superável até uma patologia severa e destrutiva, em geral é caracterizada por:

- Um sentimento de desconforto nas situações sociais, podendo manifestar desde uma simples vergonha até o ataque de pânico;
- Um temor exagerado do olhar e do julgamento de outrem sobre sua pessoa e seu comportamento;
- Uma tendência a focar-se sobre si mesmo, sobre o que se pensa ou sente, e não sobre a situação social em questão.

8.1.1 As situações sociais geradoras de medo

As situações sociais geradoras de medo ou apreensão, evidentemente, são infinitas, mas pode-se agrupá-las em cinco grandes categorias, apresentadas no quadro abaixo. Dissemos, corretamente, que o medo de situações sociais era, antes de tudo, o medo do olhar e da avaliação de outrem: receamos ser julgados, mesmo que não seja o caso, em todas as atividades do cotidiano. Há pessoas que ficam apreensivas diante de todas essas situações, mas a maioria ressente apenas algumas delas...

As situações de medos sociais

Tipo de situação temida	Exemplos
Situações de *performance*	Fazer uma prova ou uma entrevista de

	avaliação, fazer uma apresentação ou uma conferência, ler um texto numa cerimônia...
Situações de observação	Ser olhado (ou acreditar sê-lo) durante a realização de alguma coisa: comer, andar, beber, escrever, conduzir, recolher-se, ou mesmo não fazer nada de preciso...
Situações em que é preciso defender sua posição	Defender seus direitos, dar uma opinião, exprimir suas necessidades: negociar preços, fazer uma reclamação, dizer que não se está de acordo...
Situações de revelação de si	Dever revelar-se de uma maneira um pouco mais aprofundada e comprometedora: conhecer uma pessoa, estabelecer uma relação de amizade ou sentimental...
Situações de interações superficiais	Ter que falar com alguém de maneira informal, superficial: conversar banalidades com um vizinho, um comerciante, um colega de trabalho ao lado da máquina de café...

1) Situações de *performance*

Estas situações reúnem todos os momentos em que se teme ser explicitamente julgado: tem-se diante de si uma ou várias pessoas que estão lá para avaliar o que dizemos ou fazemos e a maneira como o diremos ou faremos. Todas as provas, entrevistas de admissão ou exposições, todas as falas diante de um grupo entram nessa categoria. Desnecessário dizer que esse medo diz respeito à maioria das pessoas. A diferença principal entre os indivíduos não está em sentir ou não esse medo, mas na sua capacidade de enfrentá-lo e superá-lo. Os artistas explicam que também sentem medo antes de entrar em cena, mas que o medo se dissipa tão logo se encontram em ação. Se não fosse assim, infelizmente, eles teriam que renunciar à sua carreira, por mais dedicados que fossem: muitos músicos talentosos tornam-se professores de música pela simples incapacidade de enfrentar o público.

Para aqueles que não são artistas profissionais, a intensidade do medo também pode colocar diversos problemas, pois precisam renunciar a toda ocasião de falar em público: dar sua opinião durante uma reunião de pais na escola, ler um texto numa cerimônia religiosa, conduzir uma apresentação oral, participar de uma mesa-redonda... Muitas vezes eu converso sobre esse tipo de medo com as pessoas de meu convívio, como João, um vizinho meu:

> Eu não tenho nenhum problema de relação com as pessoas, gosto de conhecer pessoas novas, conversar. Consigo falar aquilo que penso, não me deixo pressionar quando não estou de acordo com os outros. Em suma, não sou tímido. Mas há uma situação que me é praticamente impossível de enfrentar, que é entrar em cena para fazer um discurso. Mesmo que eu conheça todas as pessoas da sala, tenho a impressão de não ser mais eu naquela situação. Tudo começa a girar à minha volta, as palavras não me vêm mais, chego a ficar com a boca paralisada, eu me vejo como se fosse outra pessoa, me vejo de fora de mim mesmo, não consigo mais olhar as pessoas nos olhos. Nunca consegui superar esse medo. Desde garoto – eu quase não conseguia ir ao quadro, na escola – esse medo me persegue. Em meu trabalho, sempre tive que recusar promoções que implicavam fazer apresentações orais. Bom, não é tão grave assim, mas é incrível, em todo caso, como simplesmente alguns passos, alguns metros, do aconchego do grupo ao inferno do púlpito, podem transformar-nos dessa forma.

2) Situações de observação

São aquelas situações em que se está exposto involuntariamente à observação ou atenção dos outros: passar na frente de um bar lotado de gente, chegar atrasado numa sala de cinema ou de teatro e ter que sentar-se na primeira fila, ter começado a contar uma história unicamente a um vizinho de mesa e perceber que todos os convivas se puseram a escutar... Em suma, sentir que de repente todos os olhares se voltaram sobre si sem que se tivesse desejado ou previsto isso. Esse tipo de medo concerne a muita gente; ele é provocado pelo inesperado ou não habitual.

Uma amiga minha contou-me, a propósito, como num casamento, onde ela conhecia pouca gente, tomou um pequeno barco para ir remar

no lago da propriedade onde acontecia a recepção. Quando estava no meio do lago, percebeu horrorizada que todas as pessoas a observavam, uma vez que a recepção era à beira do lago. Ainda por cima, o fim do passeio fora menos agradável ainda:

> Todos aqueles olhares desconhecidos fixos sobre mim, sem que eu soubesse o que eles diziam, causavam-me uma sensação lamentável. Eu tinha a impressão de estar remando cada vez pior. Eu me apressei em chegar logo à margem para encurtar minha agonia. Quando cheguei, percebi que estava levemente trêmula. Levei uns 15 minutos para me acalmar...

Muitas pessoas que se encontram, de repente, no centro das atenções, quando não esperavam isso, experimentam a mesma reação, sofrível e difícil de controlar, desse medo intenso e instintivo, que relembra o pânico e dá vontade de sair correndo.

3) Situações em que é preciso defender sua posição

Essas situações representam também um clássico dos medos sociais: pedir um aumento, fazer uma declaração de amor, pedir a vizinhos barulhentos para abaixar o volume do som, ou simplesmente dizer um *não*... Tais momentos são delicados para a maioria das pessoas, mas não provocam, todavia, nenhuma reação de medo mais importante. Mas para um certo número de pessoas, tímidas ou inibidas, essas ocasiões são tão difíceis que elas podem chegar a evitá-las por causa do medo enorme que desencadeiam.

> Durante muito tempo eu não consegui reconhecer que não tinha segurança de mim mesmo – conta-me o engenheiro Henrique –, mas hoje eu consigo confessá-lo. Tenho medo de dizer não às pessoas. Seja o vendedor de calçados a quem faço desembalar dez pares de sapato, o colega que me pede para fazer sua parte do trabalho, o televendedor que me liga na hora do almoço, ou mesmo meus filhos, que sabem disso e abusam de mim. Eu sempre me virei com isso, dizendo-me que eu era gentil. Recentemente, contudo, percebi que não se tratava apenas de gentileza. Tratava-se também de fraqueza e, sobretudo, de medo. Eu tinha medo da reação das pessoas. Medo de que se encolerizassem. Medo de que não gostassem mais de mim. Desde o dia em que compreendi e, principalmente, que aceitei isso, eu decidi mudar. Agir por gentileza, sim, mas por medo, não!

4) Situações de revelação de si

As situações de revelação de si são aquelas em que se é conduzido a falar de si mesmo a outrem, a revelar um pouco de sua intimidade pessoal e psicológica. Para algumas pessoas isso pode ser desconfortável, sobretudo quando estão convencidas de que sua condição, ou alguns aspectos dela, possuem alguma inferioridade. Quando Henrique estava desempregado, evitava encontrar-se com desconhecidos, por medo de ter que responder à pergunta: "E você, o que faz da vida?", como acontece, às vezes, com os solteiros de mais de 30 anos, que temem ser questionados sobre por que não têm cônjuges ou filhos. O receio de ser objeto de um julgamento negativo pode levar, assim, a fugir dessas situações ou então tratar as pessoas com frieza, para mantê-las a distância. Ou ainda a recorrer ao humor e a zombar de si mesmo, que são outra forma de não falar, realmente, de si, se isso funcionar o tempo todo.

Era esse o caso de Flora, descrito por uma de suas colegas de trabalho:

> No começo, eu a achava muito engraçada, sempre rindo de si mesma e fazendo graça de suas manias, de seus defeitos e seus limites. É tão raro as pessoas conseguirem rir de si mesmas! Mas depois percebi que já fazia alguns meses que ela estava conosco e não sabíamos quase nada sobre ela, sobre o que pensava, na verdade, e principalmente, ignorávamos o que ela sentia. Aí, refletindo, descobri que ela nunca dava sua opinião, não expressava suas emoções, nem de contrariedade nem de aprovação. Quando alguma coisa lhe ia mal, ela ria, e quando ia bem, ria igualmente. Nunca sabíamos o que ela pensava e nem quem ela era. De repente, várias pessoas não gostavam muito dela, ou a olhavam com certa desconfiança. Mais tarde, nós nos tornamos amigas e pude conhecê-la. Descobri, então, que era uma moça hipersensível, e até infeliz, que tinha um medo enorme de não agradar aos outros, e carregava a profunda convicção de que nada nela poderia interessar a alguém. Seu humor lhe servia de máscara psicológica: sem isso, ela se sentia nua e feia...

5) Situações de interações superficiais

Como situações tão banais como conversar sobre o tempo, o sol ou a chuva, poderiam causar medo? Contudo, quando um silêncio se instala numa roda de amigos, poucas pessoas permanecem *zen*, curtindo o

tempo que passa, o fogo que crepita na lareira, o conteúdo de seu copo e o prazer de estar com seres humanos com quem se divide uma boa refeição. O silêncio cria um leve mal-estar, interrompido pela expressão "passou um anjo por aqui", que indica o esforço para que a conversa recomece. Ou então, quem nunca experimentou a situação de estar com um desconhecido num elevador ou num pequeno percurso de carro e ter que "conversar alguma coisa"? Nem sempre é algo agradável, não é verdade? Dessa forma, o medo do silêncio e o de falar superficialidades costumam estar presentes nessas situações. E, no fundo, existe também o medo de não dar uma boa impressão de si mesmo aos outros. Tais medos sociais, pequenos na maioria das pessoas, podem assumir um lugar importante para aquelas que sofrem de fobia social, como veremos logo adiante.

8.1.2 Além do medo: a vergonha

Os medos sociais estão, geralmente, misturados com outras emoções negativas.

O medo sempre está no centro: se você estiver esperando a sua vez numa apresentação oral, você sentirá, já na hora em que a reunião começa, um sentimento antecipado de medo a que se dá o nome de *ansiedade*. Depois, no momento em que for chamado para fazer sua apresentação, você sentirá uma "encarnação" do medo, que se instala, de fato, em sua carne, com manifestações físicas reais, como aceleração do ritmo cardíaco e nós no estômago e na garganta: o medo. No pior dos casos, algumas pessoas experimentam nessa hora um ataque de pânico que as impede de levar sua apresentação até o fim e as obriga a bater em retirada.

Mas, muitas vezes, há algo mais que o medo: há constrangimento, embaraço e até vergonha. Enquanto o medo é a emoção do perigo, a vergonha é a emoção da convicção de não ter sido capaz de enfrentar esse perigo, sob o olhar secretamente reprovador dos outros[192]. Como

escreveu o filósofo Vauvenargues: "A timidez pode ser o medo da repreensão; a vergonha é a certeza". A maioria dos medos sociais antecede o medo de ser julgado negativamente. Quando esse temor se tornou certeza, mais por efeito de nossas próprias convicções do que pela realidade dos fatos, já não é mais o medo que nos domina, é a vergonha. Se eu for ereutófobo, tenho medo de ficar vermelho diante dos outros. Mas se fiquei vermelho, então já não tenho mais medo – pois o que eu temia aconteceu –, mas é pior porque agora tenho vergonha, e tudo que quero é desaparecer chão adentro. Pois a vergonha pode revelar-se uma emoção ainda mais destrutiva do que o medo: ela é mais duradoura, mais insidiosa, pois leva a criar sobre si mesmo um olhar depreciativo. É ela que impele ao isolamento, às vezes, permanente, depois de um intercâmbio social considerado humilhante ou, simplesmente, fracassado, ao menos aos nossos próprios olhos.

Diversas pessoas que sofrem de medos sociais são fortemente marcadas pela vergonha. Por exemplo, Bastian:

> Eu tenho pouca confiança em mim, nenhuma autoestima. Esses pensamentos negativos sobre minha pessoa, normalmente são suportáveis, embora dolorosos e tristes: isso vem desde minha infância e acabei acostumando-me. Mas cada vez que me vejo em desvantagem em relação aos outros, fica uma situação terrível. Sempre que tentei desobedecer a meus reflexos de medo e ousei colocar uma questão numa reunião, ou mesmo abordar uma pessoa desconhecida, ou ainda, dar minha opinião diante de alguém que pensava o contrário de mim, cada vez que tento fazer isso, se não dá certo, é um inferno. O que eu chamo de "não dar certo" é simplesmente que tenha havido discussão ou contestação das minhas propostas, mesmo que de maneira gentil. Aí fico com vergonha de ter aberto a boca, uma vergonha tamanha que bato em retirada, não consigo continuar numa conversação autêntica. Eu só consigo falar como chefe, fingir que estou ouvindo, que vou refletir, que posso mudar de ideia, ou manter minhas posições. Mas só consigo *fazer de conta*. Na verdade, eu não estou mais lá, junto com os outros. Já fugi da situação, já saí envolto em meus pensamentos. Sei o que acontecerá em seguida: quando chegar em casa vou repassar todo o filme na minha cabeça, evidentemente para meu próprio prejuízo, vou lamentar inevitavelmente minha falta de bom-senso, minha indelicadeza, minha tolice. E aí, não são simples pensamentos, como de costume, mas *emoções* dolorosas, alimentadas e instigadas pela vergonha. Posso ficar trancafiado com isso um fim de

> semana inteiro. Em seguida, tenho vergonha de encarar as pessoas diante das quais tenho a impressão de ter falhado. Geralmente eles não compreendem e me consideram um tipo bizarro...

Nos casos mais extremos, alguns pacientes descrevem verdadeiros "ataques de vergonha", como há os ataques de pânico. Nesse caso, eles não se sentem em perigo *vital*, como nas emoções de medo, mas em perigo *social*, como se estivessem na iminência de perder todo seu *status* e seu valor aos olhos dos outros. Os etólogos, esses especialistas da psicologia animal, acreditam inclusive que as emoções de vergonha têm suas origens nas relações de dominação e de aceitação no seio dos grupos animais. Para eles, é preciso integrar essas reflexões sobre a dominação para se compreender bem os mecanismos sutis de medos sociais[193]: esses seriam herança de dois tipos de medos ancestrais, o medo instintivo de estranhos, presente em inúmeras crianças pequenas, e a vergonha em caso de perda de *status*, ou o temor antecipado de que essa vergonha ocorra. Cada membro de um grupo animal e, portanto, também humano, tem necessidade de sentir que seu comportamento lhe permite gozar de um *status* aos olhos alheios. Toda vez que esse *status* é colocado em xeque (p. ex., perder uma luta, no caso de um macho dominante), o animal manifestará sinais que, para os humanos, caracterizam a vergonha: durante algum tempo, o indivíduo humilhado evita os olhares, se isola e se coloca à parte...

Pudor, embaraço, escrúpulos: todas as emoções derivadas da vergonha exercem assim seu papel importante, prejudicando ou beneficiando na incidência de medos sociais. Os anglo-saxões os descrevem com o termo genérico de *self-conscious emotions*: as emoções da consciência – excessiva – de si[194]. Com efeito, muitos tormentos relacionados a elas decorrem de pararmos de agir ou de interagir para ficarmos nos observando, com um olhar severo ou excessivamente exigente.

Como para as outras formas de medo, os medos sociais podem se dividir em diferentes famílias, em função do objeto de seu temor, de sua

intensidade, de sua extensão a um número maior ou menor de situações etc. Iremos abordar agora as três famílias de medos sociais: o nervosismo, a timidez e a fobia social.

8.2 Um medo social intenso, mas limitado: o nervosismo*

O nervosismo pode ser considerado uma forma normal de medo social: trata-se de uma reação aguda de medo, marcada pela presença de inúmeros sinais físicos, como uma forte aceleração do ritmo cardíaco, a taquicardia, que costuma ser sua primeira manifestação e a mais preocupante: algumas pessoas sentem o coração bater tão forte que têm a sensação de que o público poderia até ouvir as batidas, ou ver as artérias carótidas pulsando no pescoço!

O nervosismo é classificado na categoria das "ansiedades de *performance*", que podem afetar artistas, esportistas, conferencistas, candidatos a um exame ou a uma entrevista de emprego... A intensidade do medo, geralmente, está no máximo antes do momento em que se vai enfrentar a situação temida; depois esse medo diminui, porque é "solúvel na ação". Na medida em que se entra em cena, o medo vai diminuindo até atingir um nível aceitável, em que se pode começar a esquecê-lo e concentrar-se no que é essencial: naquilo que se veio fazer, dizer ou mostrar.

8.2.1 Enfrentar o nervosismo

Em todos os tempos, os seres humanos compreenderam que a arte da oratória representava uma capacidade preciosa para transmitir suas ideias e defender seus interesses. Tenho em minha biblioteca um divertido livro de 1824, presente de um paciente livreiro, intitulado *A arte de brilhar na sociedade* e cujo subtítulo é *O corifeu dos salões*: o corifeu era o diretor ou regente dos coros nas tragédias do teatro antigo... Hoje, muitas obras de psicologia empresarial encorajam a trabalhar o domínio sobre o nervosismo e desenvolver a arte da oratória. Mas entre

as pessoas que nos procuram em busca de conselhos para seu nervosismo encontram-se não apenas executivos (nervosismo em reuniões) ou artistas (nervosismo diante do público), mas também aparecem mães e pais de família que ficam constrangidos na hora de dar sua opinião numa reunião de pais de alunos ou de condomínio. Uma das formas mais frequentes de nervosismo, naturalmente, é o medo de falar em público. Que dimensões podem ser trabalhadas? Um dia ajudei uma de minhas colegas, médica hospitalar-universitária, a enfrentar seus medos de tomar a palavra em público. Vamos chamá-la Ana.

Ana dava, regularmente, aulas aos estudantes, mas sem nenhum prazer: ela tinha que preparar-se com perfeição, para se assegurar. No dia anterior ela não dormia muito bem e sentia-se nervosa, com medo, sobretudo, de que lhe desse um "branco" durante as aulas, e tinha medo das perguntas dos estudantes, temendo não saber respondê-las. Ela também se sentia muito desconfortável nas reuniões de toda segunda-feira, em que se reuniam chefes de serviços, funcionários, internos e enfermeiros para discutir e organizar os dossiês dos pacientes hospitalizados. Mas o pior mesmo eram os congressos e colóquios médicos, a que sua função a obrigava a tomar parte ou assistir. Se tinha que fazer uma apresentação, ficava numa espécie de torpor, apegada às suas notas e a seus *slides* como o náufrago à sua tábua, sem saber se chegaria ao final. Ela praticamente não olhava a sala, permanecendo voltada para seus papéis. Tinha sempre a preocupação de ocupar todo o tempo que lhe era dado, evitando assim as perguntas dos ouvintes. O que ela receava, acima de tudo, era que alguns colegas discordassem dela, apontando suas insuficiências ou fazendo uma pergunta malévola que a deixasse sem saída. Dessa forma, Ana sentia-se na obrigação de ter tudo sob perfeito controle: nem pensar em apresentar um trabalho que ela considerasse incompleto ou com partes confusas. Se na véspera de uma aula ou de um congresso ela se deparasse com um artigo ou um

livro que dizia respeito à sua exposição, ela era capaz de retomar o trabalho de noite para integrar essas novas informações.

A seguir, passo a descrever-lhes os principais pontos sobre os quais eu e Ana trabalhamos. Obviamente, eles dizem respeito, aproximadamente, a todas as pessoas que sofrem de nervosismo.

1) Modificar sua visão de mundo

Como a maioria das vítimas do nervosismo, Ana tinha uma visão do mundo muito parcial das interações com seus semelhantes, estudantes ou colegas. Influenciada pelo medo, ela era propensa a perceber as interações humanas como lutas por dominação. Seu nervosismo fazia com que ela considerasse, inconscientemente, que numa interação entre as pessoas só podia haver duas posições possíveis: dominar ou ser dominado. Quando ela dava uma aula ou uma conferência, tinha a tendência de ver na assembleia apenas adversários e potenciais contraditores, aos quais era necessário impor-se, e nunca pessoas interessadas no que ela dizia, que não tivessem vindo com o único objetivo de "destruí-la".

Em contrapartida, quando ela assistia a uma conferência, se fosse fazer alguma intervenção, as únicas perguntas que lhe vinham à mente eram questões do tipo que coloca o orador em embaraço, observações sobre as limitações ou pontos fracos do discurso. Sua vontade era sempre de chamar a atenção sobre algum ponto esquecido, para mostrar seu brilho. Em geral, ela não tinha coragem de fazer essas intervenções, sentindo seu coração acelerar só em pensar em levantar a mão para solicitar a palavra.

Com Ana discutimos longamente e foi possível mostrar-lhe o quanto essa visão do mundo trazia inúmeros problemas. Antes de tudo, porque não correspondia à realidade: obviamente, algumas pessoas são críticas e hostis *a priori*, mas não são a maioria. Por que focalizar-se sobre elas,

prendermo-nos sobre uma atitude em que nosso objetivo não será mais de *intercambiar* mas de não deixar-se dominar pelo outro, ou então de dominá-lo? E depois, porque essa atitude é emocionalmente desgastante: preparar-se assim sem trégua para o combate oral faz com que aumentemos a tensão interior, agravando, portanto, a tendência ao nervosismo. Finalmente, porque isso traz consequências tóxicas: faz com que ou não digamos nada, ou façamos intervenções agressivas. Em ambos os casos, a visão do mundo "dominante ou dominado" se confirma, erroneamente.

Portanto, nós examinamos, utilizando pequenos jogos de papéis, a possibilidade de Ana intervir de outra maneira, mais positivamente. Treinamos, por exemplo, o costume de, enquanto espectadora da exposição, pedir a palavra não para contrapor-se, mas para felicitar e questionar: "Eu gostaria de agradecer sua colocação, foi realmente formidável. Você poderia precisar o seguinte ponto...?" Ana tinha o receio de que essa atitude fosse, segundo seus termos, uma "adulação", e não contribuísse muito para fazer o debate avançar. Eu lhe pedi que a experimentasse mesmo assim, e ela o fez. Quando nos falamos depois, ela estava admiradíssima e aliviada, como tendo descoberto uma evidência reconfortante:

> Realmente funciona o seu truque. Eu fiz isso várias vezes, até e, principalmente, comecei a reparar como os outros faziam. Percebi que é bastante frequente essa maneira de proceder, sobretudo, da parte das pessoas que pareciam mais seguras de si! Eu que tinha a impressão de que para ser respeitado era necessário intimidar...

Pouco a pouco, Ana aprendeu também a não concentrar-se, como antes, ao fazer suas conferências, sobre os rostos que lhe pareciam fechados, hostis ou rabugentos, mas de preferência sobre os rostos abertos e sorridentes: "É incrível como o fato de ter diminuído meu nervosismo faz parecer até que nem estou mais diante dos mesmos públicos..."

2) Administrar os incidentes

O nervosismo que Ana sentia a deixava psicologicamente rígida. Durante uma aula, se ela perdesse o fio da meada, ou se seus *slides* não estivessem na sequência correta, ficava muito chateada e afobada interiormente. Era como se fosse uma catástrofe! Também sobre isso discutimos um pouco acerca da gravidade exata desses incidentes e, principalmente, do lugar que eles deviam receber. Através dos jogos de papéis tentamos encontrar maneiras mais descontraídas de reagir diante de um público: "Ah!, perdi o fio! Qual era mesmo a ideia que eu queria abordar com vocês? Vamos ver se me volta... Um minuto; Tudo bem, vamos continuar, ela volta mais tarde", ou então: "Puxa, perdi o dispositivo que mostrava isso, onde ficou? Esperem um instante..."

No começo, Ana tinha pavor de que isso pudesse ser criticado como uma grande distração. Ela achava que era uma forma de negligência ou de desinteresse pelo público. Mais uma vez, eu a encorajei a fazer o teste desse tipo de atitude durante uma aula. Passei-lhe o seguinte programa: deixar seus alunos respirarem e observar um momento de silêncio entre uma transparência e outra, em vez de sentir-se obrigada a falar o tempo todo; parecer perder o fio de seus pensamentos e lidar com o incidente sem ficar envergonhada; trocar de lugar, propositalmente, uma transparência, procurá-la um momento, depois passar outra. Ela fez também isso valentemente e viu que não suscitou nenhum incômodo na classe. Pelo contrário, constatou que essa atitude lhe dava muito mais conforto.

3) Renunciar à perfeição

Isto nos permite abordar o perfeccionismo de Ana, que se manifestava em diversas áreas, inclusive a de falar em público. Fazer apenas intervenções perfeitas, colocar apenas perguntas pertinentes etc. Tentar ser o mais brilhante possível era, naturalmente, um objetivo louvável,

mas impor-se sê-lo em tudo pode revelar-se contraproducente. Para além de uma determinada medida, como a própria Ana percebeu, a pressão diminui a boa *performance*.

Eu lhe pedi que, mais uma vez, ela testasse essa tomada de consciência com "provas concretas"; por exemplo, preparar um pouco menos suas aulas (i. é, considerando seu costume, prepará-las normalmente). Depois de um tempo, Ana percebeu que o que perdia em exaustividade, ganhava em eficácia pedagógica: seus estudantes ficavam menos submersos pelo volume de informações, que antes ela considerava indispensáveis, simplesmente porque não confiava o bastante em si mesma. E dedicou mais tempo para explicar, contar, sair um pouco dos trilhos de seu curso indigesto de antes, carregado de temas.

Outra experiência marcante para ela foi, um dia, ver um de seus colegas, cujos trabalhos ela admirava, encontrar-se num congresso diante de uma pergunta à qual não sabia responder, sendo que ela estava relacionada à sua área de competências. Sem se abalar, o médico respondeu calmamente a verdade: "Eu não sei responder a essa pergunta. Alguém dos presentes saberia responder?" Então uma pessoa levantou a mão e deu a informação. O orador mostrou-se muito contente: "Aí está, agora já temos a informação", nem um pouco preocupado por não ter sido ele a dá-la. E o debate pôde prosseguir. No fim do simpósio, Ana foi encontrar seu colega para cumprimentá-lo e também porque queria conversar sobre o incidente, que afinal também tinha despertado suas próprias angústias: "Enfim, essas coisas acontecem..." E o colega, felizmente, não sabotou minha terapia; pelo contrário, pois deu-lhe a seguinte receita:

> Eu sempre procuro fazer o melhor de mim para respeitar as pessoas a quem eu falo. Mas já há muito tempo eu renunciei a saber tudo, mesmo dentro do meu pequeno domínio: é extenuante e estressante demais. Eu me obrigo a saber o essencial do que é necessário, manter-me atualizado sobre isso e transmiti-lo com clareza. Quanto ao resto...

4) Treinar regularmente

Nenhuma mudança psicológica pode ser permanente se for fortalecida pelas provas concretas, se não for regularmente praticada no ambiente concreto. Desde que iniciou seus esforços de mudança, Ana obrigou-se a não mais participar de uma reunião sem tomar a palavra ao menos uma vez ou fazer pelo menos uma pergunta. Difícil no começo (ela percebeu que ficava calada, mesmo quando tinha alguma coisa a dizer), aos poucos aquilo começou a ser como um jogo que se tornou prazeroso. O nervosismo é um medo que vai melhorando à medida que se treina regularmente a falar num grupo.

Mas o problema é que nem sempre é fácil encontrar um grupo no qual se pode treinar falar regularmente. Daí vem, sem dúvida, a grande frequência de casos de nervosismos invalidantes: cerca de um terço das pessoas adultas não fala em público, exceto com muito esforço. A regra de ouro, portanto, é lançar-se em todas as ocasiões e não esperá-las, simplesmente, e também participar de atividades associativas que comportam diversas reuniões. Ou, então, entrar para um grupo de amigos destinado a facilitar a fala em público, que já começa a surgir[195].

Como sempre nas abordagens comportamentais, em que se começa pelo simples para ir em direção do que é mais complexo, em que se aprimora na prática a reflexão do que foi ensinado, e não o contrário, outras coisas foram aparecendo aos poucos durante a terapia. Na medida em que melhorava, Ana pôs-se a falar cada vez mais frequentemente de sua infância, de seus pais, do que a teria levado a aumentar seu nervosismo excessivo. Ela deu-se conta de que, trinta anos antes, seu pai médico, que ela admirava muito, fora também uma grande vítima do nervosismo, e sempre evitava falar em público, mas com uma habilidade tão grande que ela nunca havia notado antes. Compreendeu, ainda, como seus pais, querendo seu bem, lhe haviam inculcado tão fortemente a ideia de que ela precisava ser "perfeita em tudo". Assim, durante anos,

obedecendo a essas regras inflexíveis, Ana as transformou num imperativo absoluto, ao invés de tentar abrandá-las. Essa tomada de consciência e reflexão aceleraram ainda mais o movimento de mudança e de tranquilização interior que ela havia iniciado há alguns meses, e até se estenderam a outros aspectos de sua vida, mas isso é outra história...

5) Os medicamentos

Medicamentos denominados "Bloqueadores-beta" podem ser úteis quando os sinais físicos de medo são incômodos demais, o que costuma acontecer no nervosismo. Eles devem ser tomados, aproximadamente, uma hora antes da situação a ser enfrentada e seus efeitos duram várias horas. O Propanolol®, por exemplo, é bastante prescrito para este fim, tendo como recomendação oficial "manifestações funcionais cardíacas como a taquicardia e palpitações durante situações emocionais transitórias"[196]. Necessita de uma prescrição após exame médico, porque possui contraindicações.

O modo de ação desses bloqueadores é interessante no plano teórico, pois não funcionam como os tranquilizantes, adormecendo o medo no nível cerebral: sua ação se situa na periferia, no corpo, limitando os sinais físicos de medo. Os pacientes descrevem bem como, sentindo o medo no corpo de forma menos violenta, eles podem mais facilmente dominá-lo em sua cabeça e entrar, dessa maneira, na situação.

Atenção, contudo, pois alguns tipos de nervosismo, às vezes, podem ser fobias sociais, das quais falaremos um pouco adiante. Nesse caso, os esforços que acabamos de descrever não serão suficientes num primeiro momento.

8.3 Um medo social moderado, porém incômodo: a timidez

A timidez é de difícil explicação, uma vez que se encontram mais de vinte definições científicas. Em geral, se reúne sob essa denominação uma maneira habitual de ser dominado pela inibição e uma reserva

diante das pessoas ou de qualquer situação nova. A timidez foi amplamente descrita pelos escritores antes de ser estudada pelos psicólogos e psiquiatras. Embora seja, frequentemente, considerada um fenômeno benigno, a timidez – essa arte às avessas – também pode significar um *handicap* para muitas pessoas e um incômodo na sua qualidade de vida. Muitas pessoas se declaram tímidas (cerca de 60% dos franceses, segundo as pesquisas). Por trás dessa palavra, porém, existem realidades bem diferentes: os tímidos ocasionais, que o são apenas diante de pessoas muito impressionantes, e os tímidos habituais, que o são diante da maioria das pessoas.

Existe uma timidez "interna", imperceptível do exterior e apenas experimentada pelo próprio indivíduo. Jules Renard falava nesses casos de uma "timidez que chega à impassibilidade..." Outra é uma timidez "externa", perceptível através de pequenos sinais de desconforto, que não necessariamente são notados pelas pessoas em volta, como movimentos inseguros ou acabrunhados, hesitações, um embaraço qualquer etc.

Pode-se considerar que existem três dimensões principais na timidez:

- Uma dimensão emocional, geralmente com expressões fisiológicas: aceleração do ritmo cardíaco, boca seca, enrubescimento...;
- Uma dimensão comportamental, com inibição em situações sociais: o tímido não toma iniciativas, mas espera que venham até ele...;
- Uma dimensão psicológica, principalmente caracterizada pelo permanente conflito entre a vontade de dirigir-se aos outros e o temor de não ser aceito por eles.

Para o tímido, todas as "primeiras vezes" são difíceis: falar com as pessoas pela primeira vez, o novo trabalho, o novo quarteirão... Mas com o tempo e a repetição dos contatos, a apreensão vai diminuindo aos poucos e a pessoa tímida encontra um mínimo de bem-estar e capacidade de se comunicar. Observa-se, mesmo assim, quase sistematicamente nas pessoas tímidas, uma falta de autoestima: o tímido

se julga negativamente, se compara desfavoravelmente com os demais... Isto o torna particularmente sensível aos fracassos ou às críticas e o leva a querer correr o mínimo risco possível, gerando uma limitação em suas capacidades de mudança.

8.3.1 Enfrentar a timidez

"Eu não conseguia vencer aquela minha timidez tola e desagradável...", escrevia Rousseau, cujos textos autobiográficos revelam que ele sofria com isso. Embora a timidez não seja uma doença, muitas vezes ela é um obstáculo para a qualidade de vida, fazendo o sujeito desenvolver a arte de deixar as ocasiões escaparem e colocando-o, muitas vezes, numa posição inferior às suas reais competências, em benefício de pessoas, talvez, menos competentes, porém mais à vontade... Ela também pode estar associada a tendências depressivas e representará, então, um fator agravante: geralmente, é nesse contexto que somos convidados a ajudar as pessoas tímidas. Inúmeras obras, naturalmente, foram dedicadas às mil e uma formas de lutar contra a timidez[197]. Aqui daremos alguns conselhos mais importantes sobre o assunto e os ilustraremos com algumas pinceladas de terapia.

1) Exprimir os pensamentos e emoções complexas

Quando Sebastião entra numa loja de roupas, normalmente ele está com a fisionomia inquieta. Por este motivo, houve uma época em que ele tentou comprar suas roupas por meio de um catálogo de vendas por correspondência. Mas a compra a distância também tem seus inconvenientes, e depois de ter comprado algumas calças muito curtas e muitas camisas cujo tecido o incomodava, Sebastião resolveu voltar a comprar suas roupas nas lojas. Ele fica inquieto porque, se experimenta diversas peças de roupa e nenhuma lhe agrada, ele fica com vergonha e chateado por ter feito o vendedor perder tempo. Nos dias em que não está bem consigo mesmo, ele se sente pressionado a comprar uma roupa

que não lhe agrada. Já nos dias em que se sente mais tranquilo – na verdade, quando o vendedor o intimida menos – ele até consegue recusar, a duras penas, se justificando com o modelo, o preço, o tecido, e batendo em retirada de cabeça baixa, se possível quando o vendedor está virado para outro lado, ou ocupado com outro cliente. Sebastião não gosta nada disso, mas fica muito desconfortável e não consegue agir de outra maneira.

Depois de ter refletido sobre seus medos – dar trabalho ao vendedor e não comprar nada, deixá-lo impaciente por ter perdido seu tempo, receber dele uma cara feia – e de os ter discutido, Sebastião está pronto para praticar comigo alguns exercícios. De fato, ele reconhece que se trata de medos equivocados, mas quando se encontra diante do vendedor tudo fica confuso e não consegue agir como gostaria.

Peço-lhe, antes de mais nada, que me diga todos os pensamentos que giram pela sua cabeça nessa hora. Com efeito, se Sebastião se sente mal, é porque as coisas são complicadas. Ele sente ao mesmo tempo vontade de não comprar mais nada, mas também vergonha de ir embora de mãos vazias, já que o vendedor se empenhou tanto em atendê-lo. Então eu lhe proponho que procure dizer, simplesmente, ao vendedor, tudo o que acaba de me explicar, tudo que tem na cabeça, sem procurar fazer nenhuma síntese, ademais impossível. Sugiro-lhe seguir um diálogo com as seguintes etapas, por exemplo: "1) Muito obrigado por toda a sua gentileza em me atender. 2) Realmente, eu sinto muito, mas nenhuma peça me agradou de verdade. 3) Prefiro não comprar nada hoje para não me arrepender depois. 4) Muito obrigado, tchau!" Em seguida, eu e Sebastião praticamos algumas encenações com jogos de papéis treinando esse tipo de atitude em diferentes contextos, com diferentes reações possíveis de vendedores.

Depois eu o encorajo a ir testar essa estratégia em lojas de verdade, reforçando ainda mais o argumento:

> Lembre-se, mais valem duas mensagens claras, uma positiva e uma negativa, do tipo: "Você foi gentil, mas não vou levar nada", do que uma só mensagem indefinida e vaga do tipo: "Bom, não gostei muito, estou em dúvida..."

Com alguns ajustes e exercícios em campo, Sebastião entendeu o essencial: muitos problemas dos tímidos estão ligados a estados de ânimo contraditórios, a sentir-se suspenso entre desejos que parecem incompatíveis, como no caso relatado; por exemplo, "não comprar nada" e "ficar com pena do vendedor". O mais simples será levar em conta essas duas necessidades, essas duas tendências, torná-las compatíveis, em vez de colocá-las uma contra a outra. É preciso aprender, pouco a pouco, a passar mensagens mais claras e decididas, e observar seu impacto.

2) Tomar a iniciativa

Caroline costuma participar de *happy hours* e sair com pessoas que, muitas vezes, ela não conhece muito bem. Apesar de sua timidez, muita gente logo aprecia sua companhia e a convida. E ela, por mais que seja tímida, gosta muito dos contatos sociais, de falar, de encontrar-se com as pessoas. Contudo, há algumas dessas ocasiões em que as coisas não acontecem como ela gostaria e são decepcionantes. Principalmente quando o encontro ou a noite não "começa" bem. Um *happy hour* "começa bem" quando logo são-lhe apresentadas diversas pessoas simpáticas que a deixam à vontade. Uma vez "aquecida", como um esportista, ela se sente capaz de participar das conversas e se permite falar, fazer perguntas, dar sua opinião. Então ela se sente segura com relação ao interesse que pode despertar nas outras pessoas. Mas isso apenas quando os outros dão o primeiro passo. Nesse caso, ela refaz sua autoconfiança. Como seu medo é de não ser interessante, de não ser bem-vinda e desejada, o seu receio sempre é o de incomodar uma pessoa indo conversar, achando que, talvez, essa pessoa preferisse ficar sozinha, ou não tivesse vontade de conversar com ela, Caroline. Ela tem receio de importunar um grupo "se intrometendo", como ela diz, e caindo de

paraquedas numa conversa já iniciada. Mas, na verdade, esse não é o caso.

Então eu lhe explico que é este, precisamente, o seu problema, e lhe proponho uma série de jogos de papéis em que ela deverá "correr o risco", abordar pessoas, procurá-las para conversar, fazer alguma pergunta, sentir o terreno. "E se eu perceber que eles não têm muita vontade de falar?", ela pergunta. "Nesse caso, você simplesmente e educadamente deixa estar e se afasta, como você sabe fazer. Mas, ao menos, você terá verificado e não apenas imaginado isso. É normal que nem todo mundo tenha sempre vontade de conversar, não é? Além do mais, assim você terá *agido* por si mesma e não apenas *reagido* a uma solicitação".

Em seguida, Caroline e eu recomeçamos as encenações com jogos de papéis, nos quais ela aborda todas as pessoas que já se encontram no local quando ela chega: assim ela treina apresentar-se, saber quem são as pessoas e trocar uma ou duas frases rápidas, depois do que, com um grande sorriso, completa: "Foi um prazer conhecê-lo. Até qualquer hora..." Na próxima ocasião em que for convidada, Caroline poderá pôr em prática esse procedimento, para evitar aquilo que ela chama de "distanciamento": "Num *happy hour*, se durante um tempo eu não conversei com alguém, percebo que, quanto mais o tempo passar, mais difícil será me reaproximar, mesmo que a pessoa se aproxime de mim. Nessas situações, prefiro não me delongar aí e voltar para casa". Em outra ocasião, eu lhe propus que iniciasse uma pequena conversa com todas as pessoas presentes que estivessem vestindo alguma coisa de cor vermelha. Isso soou divertido para Caroline, ter uma missão a cumprir, com uma lógica que apenas ela conhecia.

Esses exercícios de tomada de iniciativa, para não se posicionar como uma criancinha que sempre espera aprovação, nunca são propostos "a seco", como eu lhe conto aqui, mas acompanhados de toda uma série de

discussões sobre os comos e os porquês dos medos das pessoas tímidas. E sem os exercícios, contudo, essa discussão se tornaria totalmente estéril...

3) Aprender a defender sua posição com calma

O veículo de Martin teve uma pane. Uma placa anuncia uma oficina de automóveis a 3 quilômetros de distância. Martin tem que ir a pé até lá. No caminho, começa a divagar: "Como estou em apuros, o mecânico é capaz de se aproveitar. Eu não conheço nada de mecânica, ele pode me dizer o que quiser e fazer-me pagar uma fortuna. Esses mecânicos são todos uns safados. Ainda mais que ele vai perceber que sou um turista. Mas não vou me deixar enganar. Estou farto de ser enganado e tratado por trouxa". Quando chegou ao local, tão logo o mecânico o cumprimentou, Martin foi lhe dizendo: "As peças para consertar, você pode colocar sabe onde!"

Conto essa história aos meus pacientes para lhes falar da autoafirmação. A autoafirmação reúne todo um conjunto de técnicas de comunicação destinadas a fazer respeitar seu ponto de vista sem, todavia, agredir um outro. Uma pessoa que não sabe defender sua posição, ou seja, que não sabe dizer não, que não tem coragem de contratar um serviço ou expressar seu descontentamento, corre o risco de oscilar eternamente entre a inibição (não expressando suas necessidades, mas querer que os outros não se metam a tentar adivinhá-las ou tentem sobrepujá-las) e a agressividade (expressando suas necessidades, mas de maneira hostil e ofensiva, para que elas não sejam discutidas ou colocadas em questão).

Como acontece no nervosismo, aquele medo de encarar situações de exposição ao público, também aos tímidos é preciso ensinar a ver as relações sociais não apenas como relações de enfrentamentos e disputas, relações em que só se pode ser dominador ou dominado, onde sempre

alguém tem que estar errado e alguém com a razão, alguém tem que ganhar e outro perder. O objetivo é colocar-se no terreno do intercâmbio e da colaboração. Se estivermos em litígio ou em desavença, procurar primeiro dialogar, antes de ser agressivos. Isso é lógico? Sim, exceto o fato de que, sob a influência da cólera, ela mesma resultado do medo, consequência da falta de autoestima, quando as pessoas tímidas se decidem a intervir, elas oscilam entre a inibição e a agressividade.

As técnicas de autoafirmação, muitas vezes, são passadas em grupo e representam uma contribuição importante na ajuda dada às pessoas tímidas, oferecendo-lhes a possibilidade de exercitar estilos de comunicação eficazes, que sua educação ou o percurso de sua vida não lhes permitiu desenvolver[198]. Essas técnicas são úteis, principalmente às crianças e adolescentes tímidos: o tratamento precoce pode trazer-lhes muita segurança e ajudá-los e evitar muitas cabeçadas e, inclusive, muito sofrimento[199]. Como sempre, tais modificações comportamentais desembocam numa modificação da própria visão de mundo, num olhar mais igualitário sobre as relações sociais e em melhor estima por si próprio, entre outras coisas.

Atenção, como acontece com o medo, também existe uma timidez doentia. Um estudo recente mostrou que cerca de 20% dos indivíduos considerados tímidos sofria, na verdade, de fobia social[200]. Na sequência, abordaremos esses medos sociais extremos.

8.4 Um medo doentio: a fobia social

Máximo vem de longe. Por diversas vezes, foi considerado pelos médicos como depressivo, alcoólico, esquizofrênico. Ele sofria, na verdade, de fobia social.

Quando era criança, Máximo era um garoto muito tímido, mas perfeitamente adaptado à vida em grupo. Embora reservado durante o período de escola e pouco à vontade quando tinha que ir ao quadro, Máximo tinha amigos, estava integrado num grupo. As coisas pioraram

na adolescência. De maneira estranha, Máximo viu-se tremendo, um dia, no refeitório do colégio, quando segurava um copo para beber. Pensou que se tratasse de cansaço ou nervosismo, mas no dia seguinte sentiu uma apreensão antes da refeição e começou a tremer ao levar o copo ou a sobremesa à boca. No outro dia, o mesmo aconteceu ao receber um prato das mãos de um colega. Teve a impressão de que este havia notado e o estivesse olhando, atônito, mas ele não lhe fez nenhum comentário. Então Máximo começou a não tomar mais nada no refeitório e passou a segurar firme o garfo para evitar de tremer. Depois de um tempo, decidiu não comer mais na cantina e ficava estudando do meio-dia às duas da tarde. Aos poucos, começou a sentir-se mal nas aulas. Tinha medo de tremer quando fosse ao quadro. Seu maior medo era das aulas de química, em que era necessário, às vezes, derramar líquidos de um tubo de ensaio a outro, sob o olhar do colega do lado ou, pior ainda, do professor. No ônibus escolar, começou a ficar com vergonha do olhar dos outros, achando que, nesses casos, começava a tremer a cabeça. Então, pediu aos seus pais que lhe comprassem uma mobilete sem justificar-lhes o motivo. Desde então, ia para o colégio sobre duas rodas, tanto no sol como sob chuva ou vento. Tudo, menos a angústia do ônibus. Pouco a pouco seus medos se generalizaram e ele começou a isolar-se cada vez mais. Conseguiu formar-se com muita dificuldade. Nas provas escritas não suportava sentir o olhar dos professores que observavam os alunos escreverem. Então, preenchia as respostas apenas quando os professores, passando pela sala, lhe davam as costas.

Por isso ele não quis cursar a universidade. Não podia suportar as salas lotadas, onde tinha que chegar entre os primeiros para conseguir um lugar nos cantos, no fundo e onde, de qualquer forma, ele não podia anotar absolutamente nada. Assim, ele conseguiu seus diplomas por correspondência. Como, na verdade, era muito inteligente, conseguiu até

se formar engenheiro. Incapaz de apresentar-se para uma entrevista de recrutamento, pois isso lhe causava tremores assustadores (ou que, ao menos, lhe pareciam assim), foi recrutado por amigos da família, família esta a quem ele também nunca revelara nada sobre o assunto. No começo tudo foi indo bem, mas aos poucos ele viu-se obrigado a consumir álcool para suportar os dias de trabalho, as reuniões inevitáveis, mesmo tendo-se tornado mestre na arte de achar-se ocupado com encontros externos nesses momentos. Máximo carregava sempre consigo diversos frascos de vodca, para o caso de surgirem situações sociais imprevistas, como uma convocação ao escritório de seu superior, ou uma reunião não planejada, pois havia percebido que tremia menos quando bebia álcool, e a vodca lhe parecia ter um efeito rápido, e quase não se percebia pelo hálito. Era muito estimado na empresa, considerado muito trabalhador e gentil com todos. Uma de suas colegas apaixonou-se por ele, eles começaram a namorar e se casaram.

Máximo, todavia, continuou a beber, cada vez mais. Agora ele bebia de maneira "preventiva": bebia antes de ir para o trabalho, pela manhã, antes de ir correr nos fins de semana, ou para os *happy hours* com os amigos, isso quando não encontrava pretextos para evitá-los. Curiosamente, não entendia direito o que estava acontecendo com ele. Os dois clínicos gerais com quem falou sobre isso atribuíram o fato ao estresse, à tensão, ao nervosismo, e lhe prescreveram tranquilizantes que tiveram um efeito modesto. De qualquer forma, eram menos eficazes do que o álcool, que, portanto, ele continuou a ingerir. Às vezes misturava as duas coisas, o que o deixava razoavelmente tonto, mas o acalmava. Seu clínico geral o enviou a um psicoterapeuta, mas esse contentou-se em fazer-lhe perguntas e escutá-lo. Depois de um tempo, Máximo ficou enjoado dessas sessões em que tinha que ficar "monologando diante de uma esfinge na penumbra de uma sala" e que, aos seus olhos, não contribuía tanto assim.

Sua situação piorava pouco a pouco e ele acabou se afastando do trabalho. Há um ano sua mulher havia tido um filho; assim ele aproveitou para cuidar do bebê em casa. Isso fez com que sair de casa fosse algo cada vez menos frequente e cada vez mais complicado. Agora ele tinha a impressão de que todo mundo, na rua, o observava e o via como o "desempregado fracalhão que se arrasta com seu filho pelo quarteirão". Deixou até de dar suas corridas e, inclusive, de passear com o bebê no parque. Sua esposa decidiu colocar o neném na creche ao perceber que a situação era ruim tanto para o pai como para o filho. Assim, não restou a Máximo senão uma atividade: levar o filho à creche de manhã e voltar para buscá-lo à tarde. Para fazer isso ele precisava beber meia garrafa de vodca antes de cada trajeto. Isso significava uma garrafa por dia, se não houvessem outras obrigações sociais como ir buscar uma encomenda no correio, receber operários no apartamento... Nessas situações as doses aumentavam. A esposa de Máximo o acompanhou em consultas a vários psiquiatras. Um deles o internou para uma desintoxicação, mas desde que saiu ele recomeçou a beber. Outro chamou sua esposa para conversar pessoalmente e lhe anunciou que seu marido era esquizofrênico. De fato, Máximo era "bizarro" como costumam ser os pacientes de esquizofrenia. Eles evitam os olhares, falam pouco, têm dificuldades para exprimir o que sentem. Diversos medicamentos lhe foram prescritos, sem grande sucesso.

Um dia em que Máximo teve que se alcoolizar muito rápido, acabou se perdendo na rua quando ia buscar o filho na creche. Foi recolhido por um comerciante que o reconheceu e a quem ele começou a contar sua história, balbuciando o nome do filho, caindo em lágrimas e falando de como gostaria de morrer... Cambaleante, foi recolhido pelos bombeiros, que o levaram ao hospital. Depois da consulta e de uma conversa aprofundada, um de nossos psicólogos apresentou, finalmente, o

diagnóstico correto: Máximo sofria de uma fobia social muito severa. Depois de um ano de tratamento adequado ele estava curado...

A história de Máximo sempre choca bastante meus estudantes e os impressiona por seu verdadeiro percurso de combatente antes de ter sua fobia corretamente diagnosticada. Do momento em que começaram os primeiros tremores e se manifestaram os primeiros evitamentos, até que a doença de Máximo foi identificada, transcorreram vinte anos. Histórias como a sua são inúmeras em nossas unidades de tratamento, cuja especialização é tratar esse tipo de fobia.

8.4.1 Os medos sociais em seu ponto máximo

A fobia social se define por um medo social intenso e invalidante. A pessoa atingida receia revelar a seus observadores ou interlocutores sua vulnerabilidade (ficando vermelha, tremendo, transpirando) ou seus limites (não se mostrando bastante inteligente ou culta).

Por isso, as situações sociais nas quais o indivíduo se sente vulnerável causam muito sofrimento e tendem a ser evitadas, mesmo que isso ponha diversos problemas sociais ou profissionais. Sair para passear pode causar pânico, e procurar emprego se torna uma missão impossível. Ficar desempregado, principalmente para os fóbicos sociais, é um drama terrível, pois dificilmente são capazes de vencer os obstáculos das entrevistas de recrutamento. A gravidade da fobia social depende, entre outros fatores, das situações que eles temem enfrentar: se forem unicamente situações de *performance*, como falar num grupo ou realizar uma tarefa em público, o *handicap* é apenas moderado. Mas, se além disso há o medo de interagir com os colegas no dia a dia, para conversar ou conhecer as pessoas, a existência do fóbico social fica empobrecida e se complica ainda mais. E se os medos estão relacionados a qualquer olhar que se volte sobre ele, então cada dia se torna um inferno.

Depois de terem sido confundidas, durante muito tempo, com a timidez ou mesmo com a agorafobia (em que o medo de lugares públicos se deve a outras causas, como veremos), hoje as fobias sociais são consideradas um transtorno muito frequente e muito preocupante: estudos epidemiológicos mostram que 2 a 4% da população geral sofrem desse mal[201], podendo chegar a 10% se forem consideradas as demais formas de medos sociais invalidantes[202]. Muitos fóbicos sociais também sofrem de depressão e alcoolismo. A depressão é, sem dúvida, consequência do isolamento e do fracasso social que atinge a maioria desses pacientes. Ela provavelmente também está associada aos sentimentos frequentes de vergonha que os atingem. Quanto ao álcool, mesmo as pessoas que não sofrem com ansiedade social sabem que beber facilita a que a conversa seja mais fluente. O álcool é um "lubrificante social", motivo por que se encontra presente em todas as cerimônias em que o objetivo seja a convivência. O problema para os fóbicos sociais é que, por um lado, eles podem tornar-se rapidamente dependentes de álcool e, por outro, que eles não consomem álcool apenas nas reuniões sociais, mas já antes, para se "preparar" e inibir seu medo, e depois, para abafar sua vergonha, pois eles saem persuadidos de que se comportaram de maneira ridícula e desajustada.

Pacientes com fobia social levam muito tempo até serem diagnosticados corretamente e tratados. Há alguns anos transcorriam em média 15 anos do início dos sintomas e a primeira atitude a respeito. O custo individual e social[203] torna indispensável a formação de médicos e psicólogos para reconhecer e cuidar dessa doença.

As diferenças entre timidez e fobia social

Timidez	Fobia social
Mecanismo de habituação: na medida em que se repetem os encontros com a pessoa ou a situação, o medo diminui.	Mecanismos de sensibilização: na medida em que se repetem os encontros com a pessoa ou a situação, o medo aumenta.

Preocupação episódica com sua inibição.	Preocupação obsessiva com sua vulnerabilidade.
Medo de ser deixado de lado.	Medo de ser agredido.
O medo dificilmente transforma-se em pânico.	O medo transforma-se facilmente em pânico.
Eventos limitados e ansiedade moderada diante de situações de confronto.	Eventos frequentes e ansiedade muito grave diante dos confrontos.
A pessoa é percebida pelos demais como tímida e emotiva.	A pessoa é percebida pelos demais como distante ou bizarra.
Sentimento de tristeza após *performances* sociais "fracassadas".	Sentimento profundo de vergonha após *performances* sociais "fracassadas".
Alteração moderada na qualidade de vida.	Alteração importante na qualidade de vida.

8.4.2 A fobia social pode assumir diferentes faces

Quando a maior parte das situações sociais provoca medo, mesmo aquelas aparentemente mais insignificantes, fala-se de fobias sociais *generalizadas*. Nesse caso a pessoa se sente julgada em qualquer coisa que faça: estar sentada em frente a alguém num meio de transporte coletivo, conversar com um vizinho ou comprar um artigo qualquer numa loja. Para esconder sua vulnerabilidade emocional os pacientes, geralmente, recorrem a estratégias de dissimulação: maquiar-se para disfarçar o rubor, ficar quieto para não falar bobagens, evitar os olhares para não trair seu acanhamento com uma expressão inquieta... Ou então, simplesmente, sair o menos possível de casa.

Outras fobias sociais são denominadas *eletivas* e dizem respeito a um número limitado de situações como, por exemplo, ter que falar em público. Estima-se que cerca de 10% da população geral apresente a fobia de falar em público[204]. Essa cifra sobe aos 30% se forem incluídas as pessoas que têm muito medo mas consideram que isto não aporta, necessariamente, um sofrimento ou *handicaps* maiores à sua existência. Devemos diferenciar essas fobias sociais eletivas do simples medo ou

nervosismo ante o público. Com efeito, a maioria das pessoas sente certa apreensão, às vezes, forte, ao enfrentarem o público, mas quando começam a falar, esse medo desaparece: o medo está no máximo antes da ação, depois cai rapidamente, para chegar, inclusive, a um sentimento de alívio quando a fala termina. Na fobia social, pelo contrário, o mal-estar persiste ou até aumenta durante o tempo da fala e só cessa no fim desta para transformar-se, então, num sentimento de vergonha e fiasco total.

A fobia social pode estar associada a perfis de personalidade muito diversificados[205]: Entre os fóbicos sociais há sociáveis e misantropos, como na população geral. Certo número desses pacientes apresentam personalidades denominadas *evitantes*: são hipersensíveis ao julgamento alheio, só se envolvem nas relações sociais se têm certeza de serem aceitos, se consideram inferiores aos outros etc. Sua enorme sensibilidade à rejeição os torna por demais interpretativos: um sorriso pode ser facilmente entendido como menosprezo ou piedade, mas a ausência de um sorriso será interpretada como sinal de rejeição ou desagrado.

Outros pacientes, por sua vez, são *confrontadores*: apesar de seu medo, eles enfrentam as situações que temem. Por isso, essas pessoas podem exercer responsabilidades sociais elevadas e, geralmente, decidem dar o troco através da frieza, ou de uma relativa agressividade, que lhes permite manter as pessoas a distância. Essas atitudes de indiferença com os outros, ou de aparente impassibilidade, são apenas superficiais, pois a angústia está bastante presente e o preço emocional que pagam é elevado; alguns estudos indicam, por exemplo, que esses pacientes teriam altos índices de problemas cardíacos ligados ao estresse.

Algumas fobias sociais se focam no *medo do surgimento de um sintoma físico*, como enrubescer, principalmente, ou tremer, ou transpirar. Às vezes, esses pacientes acreditam que, se ficassem livres

desses sintomas físicos, eles não teriam mais nenhum problema. Assim, chegam a pensar até em cirurgias: há quem proponha uma seção dos nervos simpáticos, anatomicamente responsáveis pelo rubor. Contudo, não existem ainda estudos rigorosamente controlados que demonstrem a eficácia duradoura dessa cirurgia mutiladora e irreversível. E os resultados são muito aleatórios de acordo com cada paciente, inclusive, com não poucos efeitos colaterais, como séria transpiração dos membros inferiores do corpo... Tais fobias sociais centradas no medo da aparição de um sintoma físico apresentam um conjunto de características particulares, de modo que iremos detalhar um pouco a mais frequente dentre elas...

8.4.3 O medo de enrubescer

> Se uma pessoa declara em minha presença: "Roubaram meu guarda-chuva", isso imediatamente me põe em embaraço, eu mudo de cor. Eu que, no entanto, não dou a mínima para guarda-chuvas, pois nunca os uso; eu que nem mesmo penso nesses instrumentos! Sim, eu me deixo, instantaneamente, envolver nas circunstâncias, tomo um ar que não pode deixar de parecer suspeito a todos os olhares. Sinto a necessidade de me desculpar, fico atrapalhado e, então, improviso duas ou três histórias, nem sempre verdadeiras, para justificar que eu nem sabia da existência desse guarda-chuva, que eu nem estava presente quando ele desapareceu...

Essas linhas foram tiradas do *Journal de Salavin*, uma das muitas obras de um escritor hoje um tanto relegado ao esquecimento: Georges Duhamel. Elas ilustram maravilhosamente bem os tormentos que acometem as pessoas ereutofóbicas.

Do grego *ereutós*, a ereutofobia, esse medo obsessivo de ficar corado, é uma das formas mais dolorosas de medo social. O rubor, ademais, é próprio do ser humano. Nenhuma outra espécie animal apresenta esse tipo de manifestação associado à apreensão ou embaraço. Na ereutofobia, o enrubescimento é totalmente incontrolável e, pelo contrário, é agravado pelas tentativas de controle. Quanto mais o indivíduo se esforça para não corar, mais se concentra em seu problema

e se inquieta com isso, e mais o intensifica, aumentando seu nível de atividade emocional.

"Quando surge, o rubor toma conta de mim completamente e domina todo o resto", contou-me Heloísa, uma paciente. A pessoa que tem medo de ficar vermelha e que começa a ficar terá cada vez mais dificuldade para continuar corretamente o que estava fazendo, focalizando-se em seu problema ("Isso não é normal", "Já vem de novo", "O que vão pensar de mim?") em vez de dedicar-se à conversa em andamento. Na verdade, em geral, não é o enrubescimento em si, mas o incômodo que ele provoca, que chama a atenção sobre as pessoas que enrubescem: eles param de falar, passam a responder por monossílabos, ficam nervosos ou imóveis, como que ausentes. Eles se sentem ficando vermelhos, sentem-se "desabar", impotentes catastroficamente. "É como se eu estivesse fazendo xixi nas calças em plena conversa com alguém", disse-me Heloísa um dia.

Depois de um certo período de evolução, o enrubescimento, que está originalmente associado às situações embaraçosas, acaba ocorrendo de maneira anárquica, mesmo fora de qualquer questão emocional: um silêncio, um gesto, um olhar podem ser suficientes para desencadeá-lo. Embora isso possa parecer estranho e desproporcional a um observador externo, enrubescer diante de alguém representa para o ereutofóbico a pior das vergonhas. O sujeito logo se persuade que o interlocutor irá, sem dúvida, iniciar toda uma série de considerações desvalorizando-o: "Uma pessoa que enrubesce é alguém sem valor, sem interesse, sem força, sem virilidade (para os homens), sexualmente perturbada por seu interlocutor (para as mulheres)".

Por causa disso, os ereutofóbicos irão utilizar-se de inúmeros estratagemas de dissimulação: maquiagem ou longas mechas de cabelo, cachecóis e lenços em volta do pescoço, mesmo no verão, para disfarçar a cor do rosto, véus caídos sobre o rosto para garantir uma penumbra de

proteção, falsos espirros para esconder o rosto num lenço, e, inclusive, simplesmente escapar das pessoas para não ficar perto dos olhares indiscretos... Assim, podemos compreender que o temor de enrubescer diante dos outros assume, nessas pessoas, contornos obsessivos e de proporções, às vezes, malcompreendidas pelos que convivem com elas, e cada circunstância social pode ser objeto de uma avaliação: "Esta situação pode me fazer enrubescer na frente dos outros?" Vimos que essa polarização, na verdade, pode acabar se tornando, ela mesma, um dos principais fatores causadores do enrubescimento. Mesmo que, evidentemente, as eventuais observações das pessoas reforcem permanente e objetivamente o problema[206].

Muitos indivíduos ereutofóbicos são levados a crer, no começo, que seu problema tem uma origem hormonal ou de circulação. Um psiquiatra da Bela Época[207] descreve como se obteve a cura, infelizmente transitória, de um paciente obcecado com seu enrubescimento, fazendo-o acreditar que lhe houvessem administrado um sangramento e com isso diminuído o excesso de sangue! As coisas, naturalmente, são bem mais complexas. O funcionamento psicológico típico dos indivíduos ereutofóbicos pode ser resumido da seguinte forma:

- O indivíduo, antes de tudo, está persuadido de que o mínimo rubor em seu rosto ou garganta é visível externamente: "Minha vergonha se lê na minha cara";
- Ele pensa que isso será reparado por seu interlocutor: "Todo mundo irá notar rapidamente";
- Em seguida, ele deduz que seu interlocutor irá atribuir a esse enrubescimento um juízo de valor negativo: "Não dá para, simplesmente, 'deixar pra lá', os outros vão descobrir minha debilidade e vulnerabilidade";
- Está convencido de que esse juízo de valor irá conduzir a comportamentos de rejeição, provavelmente com ironia ou desprezo:

"As pessoas irão zombar de mim, ou me deixar de lado";

- Convencido do caráter inelutável dessa cadeia, ele chega, então, à conclusão de que vale a pena tentar fazer de tudo – e, portanto, fugir de tudo – para evitar isso: "Tudo, menos ruborizar na frente dos outros".

Sem dúvida, é com os ereutofóbicos que o mal-entendido a respeito dos medos sociais atinge seu ápice: o que para as pessoas em volta é apenas uma característica insignificante e curiosa, as pessoas que sofrem com rubores incontroláveis se percebem como gravemente vulneráveis e com um sério *handicap*.

8.5 A ciência dos medos sociais

Uma boa notícia para aqueles que sofrem de medos sociais: depois de terem sido esquecidos pelos terapeutas e pesquisadores durante décadas, enfim, eles se encontram, agora em plena evidência, com avanços significativos em matéria de tratamento. Essas informações que apresento aqui sobre o estado das pesquisas não se devem ao simples prazer científico, mas permitem que as pessoas que sofrem de medos excessivos não se culpem tanto diante de sua vulnerabilidade emocional, e se envolvam mais, compreendendo melhor o sentido de alguns esforços exigidos delas. Diante de uma fobia é inútil julgar-se, mas é necessário se mobilizar...

8.5.1 Uma amídala hipersensível a fisionomias hostis?

Apresentando bem rapidamente, numa tela de computador, fotos de rostos ameaçadores a pessoas que sofrem de fobia social, percebe-se que elas os detectam mais rapidamente do que pessoas que não sofrem dessa patologia[208]. Elas identificam muito mais rapidamente os rostos hostis do que os neutros[209]. Esses resultados mostram que, portanto, não se trata de uma hipersensibilidade "cega" aos rostos humanos, mas pura e simplesmente de um mecanismo exagerado cuja função é despistar

rapidamente sinais de eventual ameaça, uma vez que os rostos hostis, para nossa espécie, significam um risco maior de ataque verbal ou físico. Estudando o que acontece no nível cerebral nesses momentos, pode-se ver que a contemplação de semblantes que exprimem cólera ou desprezo – outro objeto de medos sociais – provoca uma forte ativação no âmbito da amídala cerebral – sempre ela – nos pacientes com fobias sociais[210].

Mais uma vez, esses resultados não significam que os medos sociais excessivos provenham "apenas" de uma questão de mecânica cerebral, mas que esses pacientes devem lutar contra uma realidade biológica palpável, que é preciso considerar nos tratamentos que nos apressamos a propor a eles. Daí a necessidade de medicamentos, às vezes, e de psicoterapias de impacto emocional, sempre!

8.5.2 Focalizar a si mesmo em detrimento da interação

Um dos maiores erros cometidos pelos fóbicos sociais contra sua própria vontade consiste em focalizarem-se sobre si mesmos e sobre si em vias de ficarem mal e de o demonstrarem:

> Quando eu começo a tremer, não consigo mais me concentrar em outra coisa a não ser em duas perguntas que se tornam fundamentais aos meus olhos: Será que isso é visível? Como sair desse apuro? A partir disso, a interação que estava ocorrendo está acabada para mim.

Esse elemento "atencional", como o chamam os psicólogos cognitivistas, só existe em situações sociais[211]. Os fóbicos sociais não são, necessariamente, narcisistas: se eles se focalizam sobre si mesmos dessa maneira é porque sentem-se em perigo por causa das manifestações de sua emotividade, que, para eles, os tornam vulneráveis à eventual agressividade alheia. Esses fenômenos, na verdade, são ainda mais típicos nos pacientes cujos medos sociais giram em torno do receio de manifestar um sintoma físico embaraçoso e facilmente visível, como o rubor[212]. Mais uma vez, a autovigilância fica no nível máximo.

8.5.3 Uma tendência feroz à autocrítica

As pessoas que sofrem de medos sociais costumam ser suas piores inimigas e são tremendamente críticas com relação a si mesmas: ninguém mais, à sua volta, imaginaria ir tão longe em suas reprovações. Elas ficam, geralmente, ruminando não apenas pensamentos, mas também imagens negativas a seu respeito, atitude que, como vimos, coopera para manter e agravar seus próprios temores[213]. Além disso, a frequência desses pensamentos negativos lembra, claramente, a fobia social da depressão, outra patologia que provoca uma imagem muito distorcida de si mesmo[214]. De qualquer forma, de todos os medos exagerados, parece que são os medos sociais os que mais expõem ao risco de depressão; são esses, em todo caso, os que causam taxas mais elevadas de emoções negativas no cotidiano. Felizmente, porém, a psicoterapia modifica com eficácia esse incessante retorno de ideias negativas a respeito de si mesmo[215].

8.5.4 A insidiosa intoxicação da ruminação após os confrontos sociais

Já falamos do papel da vergonha, aquela grande emoção potencialmente destrutiva, sobretudo quando associada aos medos sociais. Embora não sejam claramente pessoas deprimidas, os pacientes com fobia social consagram um tempo importante reexaminando pensamentos muito negativos sobre si mesmos depois de longos confrontos sociais[216]. Pudemos demonstrar que essa ruminação exercia um papel muito tóxico no agravamento dos sentimentos de vergonha e humilhação: ela representa, de alguma maneira, o cimento, a liga, que vai imprimir permanentemente na memória da pessoa as emoções negativas associadas às situações afrontadas. Daí decorrem as posteriores dificuldades para prevenir, bem como uma tentação a se dispensar de sentir tal sofrimento proporcionado pelo evitamento. Portanto, cuidado com esses períodos de fechamento sobre si que se seguem aos esforços do enfrentamento! Eles não são absolutamente reparadores, mas ao

contrário são destrutivos. Mais uma vez, a psicoterapia tem um efeito muito favorável sobre esse mecanismo insidiosamente tóxico[217].

8.5.5 O papel da indignação, sobretudo reprimida por uma atitude submissa

Sentir medos sociais causa inúmeras renúncias: não se tem mais ousadia, precisa-se renunciar, bater em retirada quando os interlocutores levantam o tom, ou mesmo os olhos. Isso aumenta a frequência dos pensamentos e emoções de tristeza e autodesvalorização, como vimos: "Sou uma negação, incapaz até de reclamar meu troco ao padeiro olhando-o nos olhos sem tremer". Mas essas diversas renúncias geram também um grande número de frustrações, e vimos que, entre as pessoas vítimas de medos sociais sérios, muitos também experimentam sentimentos de cólera[218]. Pacientes com medos sociais intensos ficam possessos com muita gente: seus pais, seus parentes, pessoas que os infernizam com suas constantes observações...

Muitas emoções negativas tóxicas prejudicam, assim, seu dia a dia, que já é bastante arruinado pelos seus medos. Além disso, muitos entre eles reprimem e "absorvem" sua cólera, ao invés de exprimi-la de maneira adequada, sendo essa uma atitude nefasta para o seu equilíbrio geral. Como sempre, isso também é claramente melhorado com a terapia[219].

8.6 Como tratar os medos sociais graves?

Mais do que qualquer outro tipo de patologia, as fobias sociais geram, ano após ano, profundas modificações nos hábitos de vida diária através do evitamento e da dissimulação. Por isso, os terapeutas têm em vista objetivos sucessivos: primeiro, romper a pressão angustiante da doença através das explicações e dos medicamentos, e dos primeiros esforços no sentido de desobedecer aos medos sociais. Isto leva, em geral, alguns meses. Em seguida, criar novos reflexos sociais, novos hábitos de vida; esse trabalho pode tomar anos, mas nesse caso não é necessário que o

terapeuta o acompanhe de maneira tão intensiva, depois da primeira fase: o essencial é que o paciente perceba que está indo na direção certa...

8.6.1 Os medicamentos

Como acontece nas fobias, os calmantes trazem uma ajuda pontual e transitória, fazendo adormecerem os medos. E novamente são os antidepressivos atuando sobre a serotonina que permitem obter a melhor regulação do medo, o que ajudará a pessoa a modificar pouco a pouco seus automatismos comportamentais e psicológicos. Dois medicamentos têm alcançado reconhecimento por sua eficácia sobre as fobias sociais na França: a paroxétine (Deroxat®) e a venlafaxine (Effexor®).

8.6.2 As psicoterapias

As terapias comportamentais e cognitivas (TCC) demonstraram sua eficácia no âmbito de inúmeros estudos científicos e de protocolos de pesquisa, mas também em campo, em condições variadas[220]. É por elas que, hoje, é legítimo começar o tratamento de medos sociais graves. As TCC da fobia social repousam sobre as mesmas bases de qualquer outra fobia, apenas se recomenda vivamente o tratamento em grupo sempre que for possível: além do conforto de poder encontrar pessoas com os mesmos problemas (muitos pacientes, na verdade, se imaginam únicos e desesperadamente sós em seu *handicap*), o grupo permite, evidentemente, a realização de exercícios de exposição bastante particulares[221].

8.6.3 Os exercícios de exposição para lutar contra os medos sociais

No início deste capítulo eu contei alguns dos exercícios geralmente realizados em nossas terapias de grupo. Existem muitos outros, que propomos sob medida, dependendo das dificuldades encontradas pelos participantes, tendo como base a mesma ideia simples: “Se alguma coisa,

em sua vida, lhe causa medo, tanto mais você deve treinar para enfrentá-la aqui". Eis alguns dos principais exercícios de exposição que utilizamos:

- Ser observado em silêncio por todo o grupo, por cerca de 15 minutos, esforçando-se, obviamente, para olhar nos olhos de cada um. É um exercício muito difícil e muito útil. Ele põe os pacientes em confronto com aquilo que eles mais temem: ficar no centro das atenções, sem a menor possibilidade de se proteger falando ou fazendo alguma coisa;
- Tomar a palavra diante de todo o grupo para improvisar a respeito de um assunto qualquer, escolhido ao acaso (seu último fim de semana, uma lembrança de infância, um filme visto recentemente...), sem procurar encurtar, como de costume, por medo de ser desinteressante ou desencadear uma reação emotiva;
- Ouvir observações sobre sua vergonha ("Você ficou vermelho", "Você está desconfortável"), primeiro sem responder, depois, respondendo de maneira a não ser nem agressivo ("E você, já se olhou no espelho?") nem submisso ("É verdade, eu tenho muitos problemas, sou totalmente doente"). O objetivo é, antes de tudo, aprender a suportar emocionalmente esse tipo de observação, na realidade, bastante rara numa vida adulta, antes de se atirar numa resposta ainda muito marcada pelas emoções patológicas de medo ou de cólera;
- Falar de si: quem eu sou, o que eu gosto, o que eu não gosto... Sem tentar se subtrair, primeiro respondendo às perguntas diretas do grupo e, em seguida, de maneira espontânea. Vimos que, muitas vezes, os fóbicos sociais procuravam de toda maneira nunca falar de si, de tanto que se envergonhavam do que eram ou faziam;
- Deparar-se com a recusa uma vez, dez vezes, vinte vezes, até sentir que isso não causa mais incômodo emocional: é preciso se dessensibilizar da *alergia ao não*. Muitas pessoas preferem não pedir, com medo de receber uma recusa, que lhes dá um sentimento de

fracasso e de humilhação. Nós utilizamos encenações em que as pessoas devem pedir alguma coisa a todos os membros do grupo, abordando-os um depois do outro e ouvindo a cada vez um "não" como resposta. Às vezes, isso é mais difícil do que se possa imaginar, visto que a equação "recusa = rejeição" se encontra profundamente enraizada em todo ser humano, e não somente naqueles que sofrem de medos sociais;

• Para aqueles que têm medo de tremer, o exercício é comer ervilhas ou milho com um garfo, ou ainda, espaguete *bolonhesa* diante do grupo em silenciosa observação. Ou ainda, carregar um copo cheio até a borda, ou passar o líquido de uma garrafa para outra etc. Atenção: o objetivo, contudo, não é não tremer. Ao contrário, pedimos aos pacientes que não tentem evitar de tremer, e cuidamos para que não colem o braço contra o corpo, ou enrijeçam os músculos do braço, mesmo sem perceber (afinal, há tantos anos eles se protegem dessa forma!). O objetivo é, sim, que eles não tenham nem vergonha nem medo de tremer na frente dos outros. Que eles gastem e cansem a reação emocional de medo e de vergonha ligada ao tremor. Isso acaba tendo o efeito secundário de diminuir claramente os tremores, levando, por vezes, ao seu total desaparecimento;

• Tocar violão, dançar, cantar diante dos outros. Mais uma vez, não com o objetivo de "fazer isso direito", mas para dar-se o direito de fazê-lo, bem ou mal. Isso proporciona momentos bastante emocionantes, pois muitas vezes os pacientes nunca se comportaram assim em público em toda a sua vida. Eu mesmo também não hesito – terapeuta engajado que sou! – em dar-lhes o exemplo de alguém não muito dotado, mas que nem por isso deixa de fazê-lo, esboçando eu mesmo alguns passos de dança diante deles, ou cantando uma música fora do tom. Em ambos os casos, eu não levo o mínimo jeito!

8.6.4 Exercícios que também fazem bem aos terapeutas

Em muitas ocasiões, nós estendemos nossas seções com exercícios realizados fora da clínica para testar em campo os reflexos trabalhados no grupo e nos dirigimos a diferentes lojas ou galerias comerciais, ao metrô, às ruas. Essas exposições são muito eficazes, mas emocionalmente bastante inquietantes para os pacientes para quem elas representam esforços realmente grandes. Regularmente, minhas estagiárias psicólogas, cujos medos sociais geralmente são menores do que os dos pacientes que tratamos, me revelam o quanto esses exercícios lhes ensinaram coisas a respeito delas mesmas. Lembro-me de uma delas que veio assistir a uma sessão de terapia e eu lhe pedi que, inicialmente, ficasse de pé e se apresentasse diante do grupo, formado apenas por oito pacientes e algumas estagiárias ou colegas terapeutas: ela ficou muito, mas muito vermelha! E, percebendo, reagiu normalmente, sorriu e, colocando as mãos no rosto, disse: "Bom, como vocês veem, para mim também essa situação não é fácil, eu sinto que fiquei vermelha". Depois, ela voltou ao seu lugar, um pouco embaraçada, mas não com vergonha, tanto que participou, em seguida, sorrindo e apresentando diversas questões. Aproveitando a deixa, eu a interroguei novamente no final da sessão diante dos pacientes para reforçar o que ela havia experimentado no momento em que enrubesceu: "Eu fiquei, realmente, embaraçada e envergonhada; eu sei que isso não é o que se espera de uma futura terapeuta, que ela própria fique enrubescida. Então, disse a mim mesma que não iria me focalizar em cima disso e passei a pensar em outra coisa". Meus pacientes ereutofóbicos a ouviram atentamente e eu me convenci de que ela lhes causou muito bem, ficando vermelha assim e, sobretudo, reconhecendo e assumindo isso! É bom para os pacientes saberem que os terapeutas não pertencem a uma raça de gente superior. Nem os terapeutas, nem ninguém, aliás. Todos os cuidadores do meu grupo, eu inclusive, contam sempre suas próprias histórias de medos sociais aos pacientes. Eles praticam igualmente os mesmos exercícios, ou

ainda piores. Se eu pretendo que meus pacientes se empenhem em suportar o sentimento de ser ridículos, preciso expor-me a mim também ao ridículo. É uma simples questão de ética: nunca pedir ao paciente que faça alguma coisa que você mesmo não é capaz de fazer. É por isso que eu, às vezes, me encontro caminhando nos corredores do Hospital Sante-Anne com a barra da calça levantada, ou com a camisa saindo da calça, ou a braguilha aberta, ou o rosto coberto de suor, ou com um chapéu absurdo e fora de moda na cabeça... seguido por um paciente, cuja tarefa é observar as reações das pessoas (em geral ninguém dá bola), antes de realizar, ele mesmo, esse exercício.

Todo esse trabalho necessita, evidentemente, de uma forte aliança terapêutica: nossos pacientes devem sentir que nós temos estima e simpatia por eles e esperamos que eles também tenham por nós. Senão, eles não nos seguirão nessa que lhes parece, inicialmente, uma aventura estranha, e que para nós é uma terapia cientificamente robusta, regularizada e reconhecida. A intensidade das sessões, por vezes, muito exigentes do ponto de vista emocional, também apresenta uma vantagem a mais, que uma paciente me resumiu assim: "Puxa, é tão difícil fazer tudo que você nos manda aqui que, em comparação, o exterior parece fácil!"

8.6.5 O trabalho sobre os próprios pensamentos e a autoaceitação

Esse trabalho comportamental, obviamente, é completado com as sessões de terapia cognitiva, cujo objetivo é ajudar o paciente a modificar seus sistemas de pensamento[222]. Com efeito, os medos sociais estão relacionados a inúmeros reflexos errôneos na avaliação que realizamos sobre nós mesmos e sobre os outros[223]: leitura de pensamentos (adivinhar o que os outros devem estar pensando), juízo emocional (confundir as emoções sentidas com a realidade: "eu me *sinto* ridículo, então eu *estou* ridículo"), catastrofização (transformar um problema pequeno num drama absoluto e definitivo) etc. Esse trabalho é realizado

em forma de diálogos com os pacientes, durante os quais refletimos sobre situações precisas, com ajuda de quadros como o que é reproduzido à frente. Como sempre, é necessário casar essa abordagem centrada nos sistemas de pensamento com exercícios de confrontação em campo.

Todo esse trabalho sobre os pensamentos também serve para abordar a noção essencial de *autoaceitação*. Um erro que muitos pacientes cometem é querer resolver seu problema de medo através de um hipercontrole: para combater meu nervosismo, eu decoro o que vou apresentar; para combater meu tremor, eu aperto o braço contra o corpo e contraio os músculos; para enfrentar minha emotividade, eu faço de conta que estou à vontade ou finjo estar distraída etc. É um combate incessante e infinito: ao combater meus problemas com o hipercontrole, fico convencido de que minha emotividade pode retornar a qualquer momento e devo sempre de novo continuar a controlar, a disfarçar, a me contrair. É um papel contraproducente a que se submetem muitas pessoas que sofrem de medos sociais. A única solução durável consistirá em aceitar essa parte de emotividade que existe nelas e fazer com que os outros também a aceitem. Este é um assunto para várias sessões, em que medimos as vantagens e as desvantagens de tal sinceridade, e onde testamos com recurso dos jogos de funções a melhor maneira de tratar disso, conforme os interlocutores...

Exemplo de um mapa cognitivo em colunas de um paciente fóbico social

Situação provocadora da angústia	Pensamento automático	Pensamento alternativo
Comprar pão na padaria	É absolutamente necessário que eu fale da chuva ou do bom tempo com rosto relaxado. Devo parecer muito bizarro, sem nunca dizer nada.	Eu tenho o direito de não ser muito conversador. Mas, de fato, basta dizer uma frase ou qualquer banalidade sobre o tempo; é um ritual social, apenas isso.

Reunião de trabalho	Eu não consigo falar nada, tenho medo de dizer uma bobagem ou não ser capaz de me expressar corretamente.	Eu não sou o único com dificuldades de falar em público. Mas vou tentar, aos poucos, dar mais vezes minha opinião; acontece com todo mundo, de dizer alguma coisa errada ou incoerente.
Comprar roupas	Eu já experimentei diversas calças e fiz o vendedor perder muito tempo: agora tenho que comprar alguma coisa, embora nada me tenha agradado muito.	O vendedor está aí para isso. Se eu lhe explicar amavelmente, ele irá me compreender. Muitas pessoas experimentam e não compram nada. Com certeza, existem outros clientes que percorrem várias lojas, como eu.

8.6.6. A terapia de Máximo

Eu lhes contei anteriormente neste capítulo a história de Máximo, que se tornou alcoolista por causa de sua fobia social. Eis agora como ele foi tratado.

Máximo já havia seguido um tratamento com um antidepressivo serotoninérgico, mas como não havia recebido nem os conselhos nem a psicoterapia adequados ao mesmo tempo, isto não lhe trouxe nenhum benefício mais durável. Ele não havia tomado regularmente seus remédios por pouca motivação e por vergonha de seus efeitos secundários. Desta vez, dedicamos tempo para explicar-lhe bem em que consistia sua doença, o que ele podia esperar e o que não podia esperar do tratamento que era, aliás, necessário no seu caso devido à intensidade de sua fobia social. E quais os esforços pessoais que solicitaríamos de sua parte.

Além disso, ele iniciou uma terapia comportamental individual com uma psicóloga da nossa clínica. Esta estabeleceu com ele uma lista de objetivos a serem atingidos, que representariam uma série de ocasiões

para refletir *ao vivo* sobre suas dificuldades e a maneira como ele as vivenciava. Esta lista está disponível no quadro logo adiante. Os medos de Máximo tinham a ver sobretudo com os seguintes pontos, ligados ao medo de começar a tremer: não ousar olhar as pessoas nos olhos, não ousar iniciar uma conversação com elas, não iniciar uma atividade que poderia revelar os tremores.

A terapeuta pediu a Máximo, inicialmente, para tentar se confrontar com essas situações, depois, pouco a pouco, provocou-o a procurar não bloquear seu tremor. Ao fim da terapia, o tremor passou a ser o objetivo principal: ele era provocado voluntariamente com o objetivo de perceber que ele não causava zombaria nem agressões verbais. Máximo devia, inclusive, responder às observações que sua terapeuta fazia em voz alta sobre sua emotividade e seu tremor em lugares públicos.

O objetivo buscado era duplo: por um lado, fazer Máximo parar de evitar essas situações para observar que nada de grave acontecia e que a maioria das pessoas, simplesmente, nem percebia seu tremor. Pois, embora ele pudesse aceitar pensar assim na calmaria da sala da terapeuta (cognições "emocionalmente frias"), as ideias como "todo mundo me olha e me acha patético" retornavam imediatamente quando ele estava no meio da situação social (cognições "emocionalmente quentes"). O confronto em situações de ativação emocional era o único modo de desarmar essas cognições quentes, o que não podia ser feito apenas pela discussão.

O outro objetivo era fazer Máximo aprender a não mais entrar em pânico ao sentir suas emoções de medo e de vergonha em situações sociais: de tanto evitá-las, ele se encontrava despreparado e incompetente para enfrentá-las. Foi isto que sua terapeuta lhe apresentou sob o conceito de habituação: "Em vez de evitá-las a qualquer preço, você deve se habituar a elas; se você parar de recuar diante delas, elas é que acabarão recuando". E foi isso que aconteceu...

Depois de seis meses de terapia, Máximo havia melhorado consideravelmente e recomeçou a avistar novamente uma existência esperançosa daí para frente.

Ele completou seus progressos com dezesseis sessões de terapia em grupo, durante as quais pôde fazer diversos exercícios em companhia de sete outros pacientes que também sofriam de fobia social: falar de pé na frente de todo mundo, ouvir comentários sobre seus tremores e responder a isso calmamente, sem justificar-se, falar de si mesmo e de suas emoções sem vergonha, comer e beber lentamente sob o olhar atento de doze pessoas do grupo, silenciosamente.

Depois de um ano de tratamento, Máximo estava curado. Ele contou-nos que o clic decisivo tinha se dado em sua cabeça quando, discutindo as questões colocadas por nós, ele entendeu que nós conhecíamos sua doença e, portanto, ele não era o único a sofrer disso. Ele chegou a conseguir novamente um trabalho e teve outro filho. Teve uma recaída cinco anos depois, necessitando de alguns meses de "revisão psicoterapêutica". Hoje está bem.

Os medos sociais de Máximo

Situação	Nível de medo previsto por Máximo, antes da terapia (sobre 100)
Ficar sentado no terraço de um café olhando as pessoas passarem.	30/100
Abordar as pessoas na rua para perguntar as horas ou o caminho.	40/100
Entrar numa loja e pedir informações ao vendedor.	40/100
No metrô, sentar-se em assentos onde se fica exposto ao olhar das pessoas frente a frente.	50/100
Beber em público.	70/100
Comer em público.	70/100

Ouvir comentários sobre seu tremor da parte da terapeuta, primeiro na sessão, depois no exterior.	80/100
Tremer voluntariamente em um lugar público movimentado.	100/100

8.7 "Estou cansado de subviver"

O medo dos outros destrói... Um paciente que sofria de fobia social contou-me, um dia, que estava cansado, não de sobreviver, mas sim de "subviver: ter medo de tudo e falhar em tudo". Ele estava exausto de passar seu tempo fugindo de situações sociais que sonhava poder apreciar.

Como evitar seus amigos, se não se pode ficar longe deles? O drama dos medos sociais consiste, pura e simplesmente, nessa questão. Os medos e fobias específicas, que acabamos de abordar no capítulo anterior, ou mesmo o transtorno do pânico e a agorafobia, que iremos descobrir logo adiante, permitem momentos de bem-estar, se não se entra em confronto com seus medos.

Mas tais momentos de bem-estar são muito mais raros nos medos sociais: um encontro, um olhar, uma palavra podem revelar-se angustiantes. E a ausência desses mesmos momentos, a obrigação de evitá-los, de fugir deles, irão nos frustrar e conduzir sem demora a um empobrecimento de nossa existência. Como bem dizia um dos pacientes: "Quando eu estou com os outros, sinto medo, e quando estou sozinho, fico deprimido..."

Entre todos os medos, os sociais são, potencialmente, os mais devastadores, porque eles privam suas vítimas do alimento relacional indispensável a todo ser humano. Mas, se se consegue superar esses medos, o que atualmente é possível, então essa hipersensibilidade deixa de ser uma fraqueza e se torna uma força, e se retém não apenas o seu

lado positivo, mas inclusive a vulnerabilidade se transforma em intuição e em empatia.

Nós festejamos esse momento com nossos pacientes ao final das sessões de terapia em grupo, substituindo uma delas por um pequeno ritual: convidamos todos os participantes a beberem um copo (de refrigerante!) conosco numa confraternização. Esse tipo de coisa é banal em nossa vida diária, mas é raro na psicoterapia. Contudo, nós lhe damos muito valor: significa, para nós, que não existem diferenças fundamentais entre os pacientes e os psicoterapeutas, que nossa relação é uma parceria, sem nenhuma superioridade de uns em relação a outros, em nome da legitimidade, seja a do saber, seja a do sofrimento. Além do mais, uma de minhas melhores alunas terapeutas, psicóloga, sofria – ela mesma – de fobia social.

---

192. GILBERT, P.; ANDREWS, B. *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

193. ÖHMAN, A. Face the beast and fear the face: animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion. *Psychophysiology*, 23, p. 215-221, 1986.

194. LEWIS, M. Self-conscious emotions. In: LEWIS, M.; HAVILLAND, J.M. (orgs.). *Handbook of Emotions*. Nova York: Guilford, 1993, p. 563-573.

* O termo francês *trac* (de *traquer*: cercar, constranger, dificultar os movimentos, pressionar psicologicamente) não possui um significado exato que lhe corresponda em português. Optamos por utilizar o nosso conceito de "nervosismo" porque se trata do medo ou angústia que muitas pessoas sentem antes de tomar a palavra em público, de fazer uma prova, de executar uma tarefa. Aqui, esse medo pode ser compreendido de forma ainda mais ampla, como a "apreensão", a "angústia", a "ansiedade"; enfim, a "pressão psicológica" que antecede o momento de enfrentar o público [N.T.].

195. Cf., p. ex., a Associação 1901 dos Toastmasters, com diversos sites na internet.

196. *Dictionnaire Vidal*. Paris: Du Vidal, 2004.

197. MacQUERON, G.; ROY, S. *La Timidité: comment la surmonter*. Paris: Odile Jacob, 2004.

198. FANGET, F. *Affirmez-vous!* Paris: Odile Jacob, 2000.

199. GEORGE, G.; VERA, L. *La Timidité chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Dunod, 1999.

200. HEISER, N. et al. Shyness: relationship to social phobia and other disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, p. 209-221, 2003.

201. PÉLISSOLO, A.; ANDRÉ, C. et al. Social phobia in the community: relationship between diagnostic treshold and prevalence. *European Psychiatry*, 15, p. 25-28, 2000.

202. DAVIDSON, J.R. et al. The boundary of social phobia: exploring the treshold. *Archives of General Psychiatry*, 51, p. 975-983, 1994.

203. WITTCHEN, H.U.; BELOCH, E. The impact of social phobia on quality of life. *International Clinical Psychopharmacology*, 11, p. 15-23, 1996.

204. STEIN, M.B. et al. Public-speaking fears in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 53, p. 169-174, 1996.

205. PÉLISSOLO, A.; ANDRÉ, C. et al. Personality dimensions in social phobics with or without depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, p. 94-103, 2002.

206. DRUMMOND, P.D. et al. The impact of verbal social feedback about blushing on social disconfort and facial blood flow during embarassing tasks". *Behaviour Research and Therapy*, 41, p. 413-425, 2003.

207. HARTEMBERG, P. *Les Timides et la timidité*. Paris: Alcan, 1910.

208. MOGG, K. et al. Selective orienting of attention to masked threat faces in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 40, p. 1.403-1.414, 2002.

209. MOGG, K.; PHILIPPOT, P. Selective attention to angry faces in clinical social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, p. 160-165, 2004.

210. STEIN, M.B. et al. Increased amygdala activation to angry and contemptuous faces in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 59, p. 1.027-1.034, 2002.

211. BÖGELS, S.M.; BRADLEY, B.P. The causal role of self-awareness in blushing-anxious, socially-anxious and social phobics individuals. *Behaviour Researchand Therapy*, 40, p. 1.367-1.384, 2002.

212. MANSELL, W. et al. Internal *versus* external attention in social anxiety: an investigation using a novel paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 41, p. 555-572, 2003.

213. HIRSCH, C.R. et al. Self-images play a causal role in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 41, p. 909-921, 2003.

214. COX, B.J. et al. Is self-criticism unique for depression? – A comparison with social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 57, p. 223-228, 2000.

215. COX, B.J. et al. Self-criticism in generalized social phobia and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 33, p. 479-491, 2002.

216. RACHMAN, S. et al. Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 38, p. 611-617, 2000.

217. ABBOTT, M.J.; RAPEE, R.M. Post-event rumination and negative self appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of Abnomu Psychology*, 113, p. 136-144, 2004.

218. KACHIN, K.E. et al. An interpersonal problem approach to the division of social phobia suybtypes. *Behavior Therapy*, 32, p. 479-501, 2001.

219. ERWIN, B.A. et al. Anger experience and expression in social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 34, p. 331-350, 2003.

220. LINCOLN, T.M. et al. Effectiveness of an empirically suppoaed treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, p. 1.251-1.269, 2003.

221. HEIMBERG, R.G.; BECKER, R.E. *Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Phobia: Basic Mechanisms and Clinical Strategies*. Nova York: Guilford Press, 2002.

222. WELLS, A.; PAPAGEORGIOU, C. Brief cognitive therapy for social phobia: a case series. *Behaviour Research and Therapy*, 39, p. 713-720, 2001.

223. VONCKEN, M.J. et al. Interpretation and judgmental biases in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 41, p. 1.481-1.488, 2003. • CHRISTENSEN, P.N. et al. Social anxiety and interpersonal perception: a social relations model analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 41, p. 1.355-1.371, 2003.

9
O medo de passar mal: crises de angústia, pânico e agorafobia

Estes são os mais violentos dos medos, os que dão a sensação de perder o controle de seu corpo ou de seu espírito.

Existem formas menores deles: a espasmofilia, algumas pequenas vertigens existenciais do dia a dia, em que a gente se sente sugado, fisicamente, psiquicamente, rumo a algo bizarro.

Mas, às vezes, o medo é aterrador: dá uma impressão de morte iminente ou de loucura instantânea. É o ataque de pânico. Este pode desembocar numa agorafobia.

Você verá como exercícios tão pouco metafísicos como respirar através de uma tela, movimentar os braços ou girar em volta de si mesmo podem representar um primeiro passo rumo ao controle desses medos, por mais complexos que sejam...

> *Eu permaneci lá, imóvel, impotente, arrepiado, consciente pela primeira vez de ter sido atingido, não por simples angústias, mas por uma grave doença...*
> STYRON, W. *Face aux ténèbres*.

A voz me chega, abafada, do outro lado da porta.

– O senhor ainda está aí, doutor?

– Sim, sim, não se preocupe, ainda estou aqui! Eu não iria embora sem lhe dizer, nós combinamos assim. Eu não faria isso com você, assim, de repente.

– E... O senhor tem certeza que não é arriscado?

– Certeza absoluta! Nós acabamos de falar disso, não é?

– Sim, é verdade, mas eu me sinto tão tensa, acabo ficando com dúvida.

– Isso é normal. Você verá, isso vai passar como das outras vezes.

– Não é perigoso de me sufocar?

– Acabamos de falar disso!

– E de entrar em pânico?

– Tampouco!

– (*uma risadinha nervosa*). Estou vendo que o senhor não vai me dar nenhuma segurança. Tenho que me virar sozinha! Em todo caso, é verdade que, no momento, está suportável. Tenho a impressão de que as coisas já vão se acalmando um pouco mais depressa do que da última vez...

– Maravilha!

Estamos nos toaletes do hospital onde eu trabalho. Érica está lá dentro há 15 minutos. Pela primeira vez, desde muitos anos, ela fechou uma porta a chave estando ela do lado de dentro. Já lá se vão vinte anos que ela sofre de ataques de pânico, que a deixaram agoráfoba e claustrófoba. Vinte anos sem poder dirigir sozinha, pegar o volante de seu carro, viajar de metrô ou de trem. Sem falar de trens de alta velocidade, e menos ainda de aviões. Érica tem que ir para o trabalho de ônibus, e apenas de ônibus. Ela se sente mal quando o ônibus fica lotado, e mais ainda quando ele pega engarrafamento. Mas, ao menos, no ônibus é fácil de descer em caso de mal-estar, o que não é possível no metrô, parado entre duas estações... Érica também não consegue pegar um elevador, ficar fechada numa sala sem janelas, e menos ainda trancar a chave a porta dos toaletes. Enfim, ela se sente muito mal em qualquer lugar em que se encontre "encurralada": em filas de espera, assentos do meio nas fileiras do cinema ou do teatro, se tiver que fazer refeições às pressas etc. Se tenta se confrontar, a punição imediata é o ataque de pânico. Ela se sente sufocar e tem que fugir, se não morreria em 2 ou 3 minutos. É, ao menos, o que ela acredita.

15 minutos mais tarde, Érica ainda está trancada no toalete...

– Érica, está me ouvindo?

– Sim, sim.

– Como está indo?

– Está tudo bem, já me acostumei, nem acreditava que passaria rápido assim.

– Perfeito. Vamos para a próxima etapa?

– Apagar a luz?

– Sim.

– Mas... no escuro, assim... não é perigoso entrar de novo em pânico?

– É exatamente o que queremos verificar. Nós vimos juntos que não havia nenhuma razão particular para isso, não é?

– Sim, é verdade...

– Você apaga?

– Ok... tá apagada!

– Perfeito. Você está respirando tranquilamente?

– Sim.

– Tudo bem?

– Nada mal... Acho que vai dar certo... não, na verdade, vai dar certo. Eu posso suportar bem-estar aqui, fechada, no escuro. Eu acreditava que não conseguiria fazer isso nunca...

Os ataques de pânico de Érica tinham começado repentinamente há vinte anos, quando ela estava dirigindo seu carro e ficou presa num engarrafamento. De repente ela teve a sensação de estar se sufocando, a impressão de ficar com a garganta cada vez mais apertada e achou que ia morrer ali mesmo. Quanto mais ela tentava respirar forte, pior se sentia. Teve que sair do carro e pedir ajuda aos outros motoristas, que chamaram o socorro. Atendida na emergência do hospital mais próximo, fizeram-lhe vários exames que não detectaram nada de preocupante. Os médicos lhe falaram de "estresse ligado à sobrecarga de trabalho". Todavia, novas crises apareceram nos dias seguintes, uma das quais

ocorreu quando ela estava no toalete de um restaurante perto de onde trabalhava, onde almoçava. A fechadura da porta não quis abrir por alguns segundos e ela teve imediatamente a mesma sensação de sufocar que tivera no carro e pensou que iria morrer de falta de ar, trancada naquele lugar tão pequeno. Com suas batidas na porta e seus gritos de socorro, foi ouvida por funcionários e clientes, e o patrão conseguiu abrir a porta do toalete sem dificuldade. Érica saiu de lá arrasada, assustada e à beira das lágrimas, e voltou para casa sem condições de ir trabalhar naquela tarde. O resto do dia foi dramático: ela vigiava sua respiração, achando que fazia pausas anormais. Chamou seu médico de família que tentou tranquilizá-la por telefone, mas depois teve que ir examiná-la em casa, pois ela não tinha coragem de sair: ela se sentia esgotada, fisicamente fraca e tinha medo de passar mal novamente ao se aventurar sair de casa. O médico lhe receitou calmantes e lhe deu o endereço de um psiquiatra, mas nada funcionou. O psiquiatra, contudo, era gentil, mas depois de lhe falar longamente de sua infância e de seus sonhos, Érica continuava tendo seus mal-estares. Os calmantes a tranquilizavam, evidentemente, mas ela percebeu que estava ficando dependente deles e que, apesar de tudo, os medos continuavam lá. Eles estavam apenas anestesiados, enfraquecidos, mas não podiam ser despertados, senão... Pouco a pouco, portanto, ela começou a evitar todas as situações que provocavam essas crises: dirigir, ficar sozinha, ficar trancada... E isso durou vinte anos.

– Bom, parece que vai tudo bem, não é, Érica?

– É engraçado! Eu nem consigo acreditar. Eu quase nem sinto medo.

– Muito bem. Então, eu vou esperar você no meu escritório. Você vem daqui a mais ou menos 15 minutos?

– Humm... você não esquece de vir me chamar se, por acaso, eu não aparecer?

– Com certeza, sem problema!

– Promete?

– Eu já menti para você alguma vez?

– Não, não, me desculpe.

– Então, até logo. Coragem!

Quando Érica veio até mim, pouco depois, ela tinha uma aparência cansada, mas satisfeita.

– Parabéns, você se saiu muito bem, hoje.

– Obrigada, doutor. Acho que vou me lembrar por muito tempo desta sessão!

– Será uma boa lembrança! De hoje até terça-feira que vem você deverá se exercitar: é preciso fazer esse exercício todos os dias, na sua casa, mas também fora de casa. Mesmo que você não sinta necessidade, quando estiver no restaurante, na cantina da empresa, numa lanchonete, se sair com amigos ou for ao cinema etc., vá ao toalete e feche a porta com a chave (Érica sempre evitava usar os toaletes fora de casa). Mesmo que não estiver precisando, faça isso, simplesmente para praticar esse exercício, combinado?

– Combinado, doutor, nós já conversamos sobre isso, sem problema. E qual será o programa para a próxima sessão?

– Será muito interessante, e muito útil para você. Vamos começar os exercícios para a sensação de sufocar...

No momento em que escrevo estas linhas, Érica ainda está se tratando, depois de três meses. Ela sobreviveu à sessão, igualmente inesquecível, em que trabalhamos sobre o medo das sensações de sufocação: ficar 30 segundos sem respirar, colocar uma toalha sobre o rosto, respirar através de uma tela... agora ela já consegue trancar-se em cômodos pequenos, dirigir longos percursos nas rodovias com seu carro, é capaz de enfrentar sem alvoroço situações que antes causavam sensações de sufocação, como usar um cachecol apertado, ou uma máscara de argila para tratamento de beleza. Ela tem a sensação de estar reconquistando, aos

poucos, sua liberdade, de sentir-se novamente "com a marcha engrenada", segundo seus próprios termos. Ela está, simplesmente, curando-se de sua fobia de ficar fechada e sufocar...

9.1 Como um mal-estar...

Todo mundo pode sentir um mal-estar físico. Ter muito calor e sentir falta de ar em lugares muito lotados, como em certas lojas grandes nos dias de liquidação. Sentir a cabeça girar em filas de espera infindáveis, quando se está cansado ou estressado. Perceber palpitações em circunstâncias temerárias como no momento de falar em público. Ter até a impressão de que seu coração está batendo de forma engraçada, como se estivesse com problemas, como se quisesse parar...

Pode acontecer com todo mundo, também, de ter, de repente, uma ideia estranha, uma imagem desagradável que lhe passa pela mente. Pensar, no momento que está dirigindo numa via rápida: "E se eu fizesse uma besteira no volante, de maneira absurda?", pensar durante uma apresentação oral: "E se eu entrasse em pânico, agora, e perdesse o fio da meada, começasse a suar horrores na frente de todo mundo?", pensar, durante uma viagem de avião, para quem não gosta muito disso e depois que as portas se fecharam: "E se eu perdesse o controle, de repente, e corresse gritando para cima das aeromoças e pedindo para me deixarem descer?"

Geralmente, esses mal-estares não duram muito. Depois de respirar um pouco, a gente se convence de que isso passa. Pensa-se em outra coisa e funciona. Era apenas um falso alarme. Dizemo-nos que é falta de um pouco de descanso, que precisamos de algumas férias, que devemos beber menos café, fazer mais esporte, desestressar. E se fizermos tudo isso, as sensações podem desaparecer. Não eram mais do que pequenos indícios de estresse mesmo.

De tempos em tempos, todavia, esses mal-estares vão um pouco mais longe, com uma mistura inexplicável de sensações físicas desagradáveis:

dificuldade para respirar, batimentos cardíacos muito rápidos ou muito irregulares, formigamentos nas mãos ou nos lábios, pequenos problemas na visão... E pensamentos ao mesmo tempo inquietos e inquietantes: "Eu estou perdendo o controle de mim, onde é que isso vai parar? E se isso continuar? E se for alguma coisa grave? Faz tempo que venho tendo essas coisas..." Na França, os médicos falam, geralmente, de "espasmofilia", mencionando um terreno frágil, o estresse e a ansiedade. Mas você bem vê, ou ao menos sente, que essa história não é apenas coisa da cabeça. Você bem percebe que seu corpo está em jogo, que ele lhe envia sinais preocupantes. Mas tudo pode parar por aí e não ir mais longe do que isso. De tempos em tempos você terá "pequenas" crises parecidas com essa, nada mais do que isso.

No entanto, algumas vezes essas coisas acabam mal, ou seja, de maneira dolorosa e lamentável. As sensações físicas desagradáveis começam a provocar pensamentos inquietantes, palavras se apresentam à sua mente: infarto, ruptura arterial, morte, sufocação, edema na garganta, asfixia, perda de controle, loucura, agonia, estar só, socorro... e em poucos segundos tudo se fecha sobre você. Você está prestes a ter um ataque de pânico. E não é o único: um estudo realizado em um *campus* universitário mostrou que cerca de um terço dos estudantes sentiu um mal-estar assim no ano precedente[224]. Em todo caso, esta experiência irá deixar marcas profundas em você, pois você ficou com a impressão de que iria realmente morrer ou enlouquecer. E você começa a ter um medo enorme de que outras crises semelhantes recomecem. Então, começará a evitar as atividades que poderiam ocasioná-las e os lugares onde elas não poderiam de forma alguma acontecer. A claustrofobia e a agorafobia começam a se instalar sutilmente em você.

9.2 Medo de passar mal ou transtorno de pânico?

No capítulo de seus *Ensaios* dedicado ao medo, Montaigne descreve uma das formas de medo que atingiram os cartagineses da Antiguidade:

“Tudo se transformava em desordem e tumulto, até que, com orações e sacrifícios, eles tivessem aplacado a ira dos deuses. A isso eles denominam terrores de pânico”. Eis uma família de medos e de fobias cujo conhecimento evolui profundamente nos últimos anos. Mesmo que tenham sido identificados há muito tempo. A era moderna começa em 1972 em Berlim, com o neurologista alemão Westphal, cujos pacientes, para consultá-lo, tinham que atravessar uma grande praça pública, o Döhnhofsplatz: alguns deles experimentavam as piores dificuldades para fazer isso. Westphal chama esse transtorno de “agorafobia”. Assim, durante muito tempo, definiu-se a agorafobia como o medo dos espaços abertos ou cheios de gente, em referência à *agorá* – praça pública – dos gregos da Antiguidade. Depois, percebeu-se que as pessoas agoráfobas sofriam, mais precisamente, do temor de sentir um mal-estar, onde quer que fosse, embora esse temor fosse realmente mais grave em certos lugares públicos. Esse medo de um mal-estar físico pode ser muito intenso e desembocar em verdadeiros ataques de pânico; parece, assim, que os temores se relacionam mais ao medo de ter ataques de pânico do que ao fato de se estar nesse ou naquele lugar, afinal de contas, indeterminado.

No âmbito dos medos fóbicos, fala-se antes de “transtorno de pânico com agorafobia”. Para se entender corretamente essa doença é preciso imaginá-la como um sistema complexo, dentro do qual interagem três manifestações que iremos descrever: o ataque de pânico, o transtorno de pânico e a agorafobia.

Os componentes do transtorno de pânico com agorafobia

Manifestação	Descrição
Ataque de pânico	Crise de angústia aguda, muito brutal e intensa, com inúmeros sinais físicos, e que faz acreditar que se irá morrer ou enlouquecer.
Transtorno de pânico	Ataques repetidos de pânico, imprevisíveis no

	começo e traumatizantes, sucessivamente com um medo obcecado de sua reincidência.
Agorafobia	Restrições a saídas, deslocamentos, atividades, para não facilitar ou provocar novos ataques de pânico.

9.2.1 O ataque de pânico

Foi no mês de março, durante minha aula de ginástica.

De repente, tudo começou a girar. Meus membros não obedeciam mais aos exercícios, eu não conseguia mais fazer nada. No fim da aula, para me vestir, falar, caminhar, tudo isso me exigia um esforço sobre-humano. Acreditando ser uma queda de pressão, eu ingeri um pouco de açúcar e fui embora.

Ao dirigir-me ao carro, o chão balançava a cada passo que eu dava, eu quase não conseguia ficar de pé. Mas eu tinha que chegar até a escola para pegar Júlio, meu filho, para almoçar.

Quase não conseguia mudar as marchas, tal o peso que sentia nos braços e pernas. Parecia que estava dirigindo um caminhão. Eu me sentia sozinha e cada vez pior: zumbidos na cabeça, impressão de dificuldades para respirar, fraqueza cada vez maior, parecia que a vida e o sangue me abandonavam. Eu tremia, sentia ora calor, ora frio, e só queria uma coisa: chegar na escola.

Tinha que cuidar da estrada, pois quase não a enxergava, dirigia devagarinho bem pela direita, pronta para parar. Meu corpo parecia estar numa sequência de ondas cada vez mais violentas. Eu lutava com todas as forças que me restavam. Se passasse mal ali, quem iria me socorrer?

Eu tinha muito medo, porque não sabia o que estava acontecendo comigo: nunca tinha sentido alguma coisa do gênero, tão forte e brutal. Tinha que parar, não conseguia mais dirigir. Avistei dois agentes na calçada, eles pareciam estar tão distantes e eu tinha que chegar até eles. Parei na frente deles e desliguei o carro. Respirava com dificuldades mas, me mexer, não conseguia. Eram onze e meia, Júlio sairia em 15 minutos, eu tinha pouco tempo para me recuperar.

Surpreso, um dos agentes abriu minha porta dizendo-me que tirasse o carro dali, pois eu estava atrapalhando a circulação. Eu ouvia, de fato, as buzinas, mas elas não eram nada diante do turbilhão de sensações assustadoras das quais não conseguia me libertar. Eu não conseguia mais me mexer.

Cheguei a pedir a um policial para buscar Júlio que estava ali perto, enquanto o outro ficou ao meu lado. Vi que ele estava desconcertado, sem saber o que fazer.

Era meio-dia, onde estava Júlio? Bruscamente, senti formigamentos da cabeça aos pés, cada vez mais violentos, e meu corpo se enrijecia. Instintivamente, pus as mãos abertas sobre o volante. Eu tinha que falar, sabia que mais um pouco e não seria capaz de fazê-lo. Uma argola metálica parecia apertar meu peito cada vez mais. Com

> a boca dura, eu apenas consegui dizer: "Eu estou muito mal" e "Júlio", eu pensava nele o tempo todo. "Onde ele está? O que está fazendo?"
> Aquela dor no peito aumentando cada vez mais estava se tornando insuportável. Meu corpo estava tão imóvel, tão duro. Eu estava só, com medo. Era assustador, não poder mais me comunicar, precisava de ajuda, de socorro e não conseguia dizer. Seria um ataque cardíaco, essa dor no peito? "Será que estou morrendo – eu pensava – aqui dentro do carro, sozinha...?"

Esta narração foi redigida, a meu pedido, por Sofia, uma de minhas pacientes. Ela conta detalhadamente a experiência de uma crise de pânico.

A partir dessa primeira crise ela foi levada ao hospital mais próximo e recebeu o diagnóstico de "fadiga nervosa". Durante vários meses essas crises se repetiram, na maioria das vezes fora de casa, nas lojas, dirigindo seu carro. Portanto, pouco a pouco ela começou a evitar tais situações. Sua vida tornou-se cada vez mais complicada: ela não podia mais sair sozinha, precisando estar sempre acompanhada para fazer suas coisas ou dar uma caminhada. Não suportava encontrar-se em ambientes fechados ou lugares distantes de sua casa: salas de cinema, trens, aviões passaram a ser proibidos. Aos poucos, ela passou a evitar também os lugares "movimentados ou lotados": lojas, lugares públicos... Quando ela decidiu se tratar, esses problemas existiam há cinco anos. Depois nós utilizamos essa narração escrita como um método particular de tratamento, mas isso eu lhes contarei mais adiante.

Voltemos ao ataque de pânico. Trata-se de uma crise de angústia intensa, de surgimento brutal, cuja intensidade máxima é atingida muito rapidamente, em alguns minutos. Ela comporta diversos sinais físicos, tais como palpitações e taquicardia, sensação de opressão ou sufocação, arrepios ou ondas de calor, vertigens e sensação de instabilidade etc. Às vezes, ela vem acompanhada de um sentimento de desrealização ou de despersonalização: a pessoa tem a impressão de que o que lhe está acontecendo é irreal ou que ela está presenciando a realidade de fora, como se tivesse saído de si mesma e se visse passar mal. Durante o

ataque de pânico o indivíduo tem o sentimento de que está quase morrendo devido aos seus sintomas físicos, ou, então, de que pode estar ficando louco ou vir a perder o controle de si mesmo (ridicularizar-se em público, jogar-se de uma janela, provocar um acidente de carro...) por causa de seus sintomas psicológicos.

Existem diversos tipos de ataques de pânico em função dos contextos em que ocorrem:

- *Inesperados*; ou seja, não associados a uma situação precisa. É o caso, por exemplo, dos ataques noturnos, que acordam o indivíduo durante o sono, ou dos que ocorrem quando ele está em um local habitualmente seguro, como sua casa;
- *Facilitados*; ou seja, que podem ser desencadeados, mas nem sempre, em determinadas situações. Por exemplo, ao dirigir seu carro ou fazer sua caminhada;
- *Condicionados*, ocorrendo quase sistematicamente em determinadas situações. As filas de espera em locais quentes, barulhentos, muito movimentados, ou então os locais fechados, de onde não se possa escapar em caso de mal-estar (avião, metrô, um almoço de negócios...).

Paradoxalmente, também podem ocorrer ataques de pânico induzidos pela calma, pelo silêncio, a meditação, o relaxamento ou, ao menos, tentativas de relaxamento, logo abreviadas. Nós veremos que isso é bastante lógico, pois, de fato, os que sofrem de pânico, se eles se concentrarem muito em suas sensações corporais, começarão a se preocupar: "Será que esse batimento cardíaco é normal? Minha respiração parece estar ficando mais pesada..." Sendo um dos princípios do relaxamento o concentrar-se sobre suas sensações físicas, tais pacientes só irão ficar mais angustiados do que qualquer outra coisa enquanto não tiverem aprendido a controlar seu transtorno de pânico.

Ataques de pânico isolados parecem relativamente frequentes. Se considerarmos critérios de diagnósticos bastante estritos, pode-se estimar que essa experiência sofrível atinja aproximadamente 8 a 15% das pessoas ao menos uma vez em sua vida[225]. Vimos que alguns deles não têm consequências posteriores: eles costumam receber apelativos variados: espasmofilia na França, *ataque de nervos* nos países latino-americanos... Podem, ainda, aparecer durante a maioria das patologias psiquiátricas, como as depressões e as outras fobias. Mas também podem evoluir por conta própria e transformar-se num transtorno de pânico.

Em seu romance *Le Portique* (O pórtico)[226], o escritor Philippe Delerm descreve a figura de Sébastien, professor de Letras, 45 anos, atingido por algo que se assemelha muito a ataques de pânico:

> Isto pode acontecer a qualquer hora. A gente pensa que é forte, de mente e corpo serenos, e então, lá vem. Uma vertigem, um mal-estar absurdo, e imediatamente a gente vê que não é nada disso. Tudo fica difícil: pegar a fila na padaria, esperar no guichê do correio, trocar algumas frases na rua. Momentos tranquilos, aparentemente sem nada a temer, mas que se transformam em montanhas. A gente se sente vacilante, parece que se está morrendo, é estúpido...
>
> Ao levantar a cabeça, ele se sentiu vacilar: a sala parecia apenas um longo corredor anuviado, um aluno estava fazendo uma pergunta mas ele não conseguia entender suas palavras. Tentou respirar, se refazer, começou a ler em voz alta a novela de Giono *L'Homme qui plantait des arbres* (O homem que plantava árvores). Mas nada ajudou. Depois de algumas frases, ele começou a ficar ofegante e os alunos começaram a se olhar com ar interrogativo. A perna esquerda de Sébastien tremia. Pensou nas seis horas de aula que ainda tinha pela frente, mas, palidamente, acabou por desculpar-se: "Eu... Eu receio ter que deixá-los. Eu não me sinto muito bem..."
>
> Falar diante de pessoas que não lhe interessavam nada era exatamente o tipo de situação que lhe provocava imediatamente um mal-estar. Foi com dificuldade que preencheu seu cheque; sua assinatura foi apenas um rabisco informe...
>
> De uma forma ou de outra, os mal-estares que o acometiam eram, senão causados, ao menos aumentados por uma angústia, uma crispação que traduziam seu desejo desesperado de permanecer vivo...
>
> Estava melhor. Ainda sentia mal-estar nas filas de espera, mas nunca mais durante as aulas...

9.2.2 O transtorno de pânico

Quando os ataques de pânico se repetem, eles se transformam numa doença particularmente invalidante. Devido ao caráter bastante doloroso dos ataques de pânico, as pessoas que sofrem desse mal receiam acima de tudo ter outras crises e temem as consequências delas: morte ou loucura. Um bom número delas estão convencidas de sofrerem de uma doença orgânica que os médicos serão incapazes de diagnosticar e multiplicam os exames médicos e as consultas a especialistas[227]. Outras chegam a modificar de modo considerável seu ritmo de vida, renunciando a algumas atividades (como saídas, viagens, profissões...) que poderiam expô-las a crises de pânico.

No transtorno do pânico, a frequência e a intensidade dos ataques de pânico podem variar consideravelmente de pessoa para pessoa e de um período a outro: existem diversos graus intermediários entre os ataques cotidianos e intensos, que acontecem, em geral, no início do transtorno, e os ataques episódicos e incompletos, em que o paciente sente apenas os sinais premonitórios da crise e geralmente consegue impedir que ela se estabeleça escapando da situação. Essas diferenças se explicam pela maneira de viver de cada um no dia a dia: para aqueles que evitam a maioria das situações, os ataques parecem menos numerosos, mas é devido às múltiplas renúncias, ou à utilização permanente de calmantes. Esses, evidentemente, fazem com que as crises sejam menos intensas, mas geram uma relativa dependência; além disso, os pacientes continuam a viver com receio de que o medo volte, sentindo que ele está apenas "adormecido" pelo tratamento.

Considera-se, hoje, que o mecanismo central do transtorno de pânico seja representado pela leitura catastrófica das sensações corporais: a pessoa percebe algumas sensações fisiológicas que, para outras pessoas, parecem coisas banais (uma palpitação cardíaca isolada, uma leve vertigem, dificuldade respiratória ou a necessidade de dar suspiros...) como primícias incontroláveis de um inevitável ataque de pânico e,

portanto, como o anúncio de uma catástrofe que está para acontecer. Esta interpretação de sensações físicas fugazes e benignas angustia o indivíduo, e a angústia, por sua vez, mantém e agrava as primeiras sensações (que teriam simplesmente desaparecido, de outra forma), e acaba aumentando a angústia etc. É o que se chama de "espiral do pânico". Neste sentido, o transtorno de pânico representa uma forma de fobia muito interessante, chamada também de "interoceptiva", ou seja, centrada nas manifestações do próprio corpo: trata-se de uma verdadeira fobia de suas próprias sensações físicas. Estima-se que a frequência desta doença seja de 1 a 2% da população geral.

Note-se que esse transtorno é, sem dúvida, universal. Por exemplo, uma descrição bastante precisa do mesmo problema pode ser encontrada na psiquiatria japonesa, como sintoma de uma patologia denominada *Shinkeishitsu*, descrita no início do século XX pelo célebre psiquiatra japonês Morita:

> Quanto mais nos concentramos em determinada sensação, mais ela se intensifica, e mais ainda nossa atenção se focaliza nela... Então ficamos imediatamente dominados pelo pavor, consciente ou não do estado psicológico que precedeu e sucedeu o estímulo... Em caso de crises repetidas, o doente vai se tornando progressivamente vítima do medo na vida diária – sua atenção está sempre focalizada nele –, aumentando cada vez mais o poder e a frequência das crises...[228]

De qualquer maneira, uma vez instalado, o transtorno não tem tendência nenhuma a retroceder espontaneamente[229]. Depois de um ano de evolução, se não for tratado, ele irá maltratar para sempre mais de 90% dos pacientes[230]. Mais ainda, entre aqueles em quem o problema passou por uma diminuição espontânea, 40% têm recaídas. E entre os que apresentaram manifestações menores (transtorno "incompleto"), 15% desenvolverão um transtorno de pânico "completo". Portanto, é preciso ser prudente diante da tentação de banalizar esses sintomas ou pensar que o repouso ou férias permitirão, por si, acabar com ele: dificilmente isso acontecerá.

Em seu escrito autobiográfico *Voyage au bout de l'angoisse* (Viagem ao fim da angústia), a jornalista Pascale Leroy[231] conta com humor e precisão o transtorno de pânico por que passou:

> Nada mudou, exceto que agora tenho em mim a certeza de que "isso" pode voltar e me derrubar a qualquer instante. A primeira vez, o mal-estar me surpreendeu; de agora em diante, eu o espreito, o espero...
>
> E ele voltou. Na rua, sempre. Sempre com as mesmas sensações, as mesmas impressões. Sinto-me "partir" como se perdesse contato com o mundo. Uma força de violência inaudita me leva para outro lugar. O acontecimento me domina, eu me contraio, enrijeço, meu corpo se petrifica, sinto calor e frio ao mesmo tempo, transpiro e tremo, sinto-me esvaziada de todas as minhas forças. Meu coração bate em um ritmo maluco...
>
> Os americanos falam de ataque de pânico. Eles têm razão: trata-se mesmo de um verdadeiro ataque e estou sozinha frente a frente com um adversário poderoso e rápido que não me dá tempo nenhum, nenhuma chance de escapar...

9.2.3 A agorafobia

Logicamente, um bom número de indivíduos com pânico evolui para medos de natureza agorafóbica. Inúmeros fatores irão intervir facilitando ou limitando esse tipo de evolução que, mesmo assim, segundo as pesquisas, atingirá de 20 a 60% das pessoas que sofrem de um transtorno de pânico[232].

Hoje se define a agorafobia como a fobia de encontrar-se em um local onde a ocorrência de um ataque de pânico seria problemática: ou porque seria difícil ou socialmente bastante complicado sair da situação (estando, p. ex., sentado no meio de uma fileira no cinema, ou numa mesa em presença de inúmeros convidados), ou porque se poderia ficar sem socorro caso o temido mal-estar seja grave (quando se está em um local afastado ou isolado).

A agorafobia, portanto, não é apenas o medo de locais amplos e descobertos, ou de locais públicos, como geralmente se pensa. Os medos da pessoa agoráfoba são bem mais insidiosos e numerosos do que isso: estar sozinho em casa, estar numa fila de espera, encontrar-se num avião que não decola ou num vagão de metrô parado entre duas estações...

Certas pessoas agoráfobas, à força de muitos evitamentos, chegam a não sentir mais ataques de pânico: seu transtorno, nesse caso, não está mais no primeiro plano mas, obviamente, trata-se apenas de uma falsa cura. O custo dessa segurança é bastante pesado: a renúncia envolve uma multidão de atividades diárias, como caminhar, aceitar convites, ir passear e, em geral, qualquer atividade espontânea... E se a pessoa se arrisca a enfrentar tais situações, os ataques de pânico imediatamente reaparecem: então ela não insiste.

Considera-se, de fato, que todo transtorno de pânico está associado a uma forma mais ou menos evidente de agorafobia. Às vezes, evidente: a pessoa evita as situações. Às vezes, sutil: ela as enfrenta, mas sob determinadas condições.

Por exemplo, ela só dirige com o rádio ligado, para ocupar seus pensamentos e não deixar sua atenção voltar-se para um eventual princípio de mal-estar; irá dar suas caminhadas apenas nas horas mais vazias, para evitar filas; só sai acompanhada, ou com um celular, para o caso de um mal-estar grave na rua.

Quando aparece, a agorafobia é uma manifestação que logo se torna crônica: costumamos encontrar pacientes que vivem com esse *handicap* há décadas. Lembro-me de ter recebido um dia, junto com sua filha, uma simpática paciente de uns 50 anos, que não tinha mais saído de casa sozinha havia trinta anos. A agorafobia, às vezes – mas nem sempre –, está associada a traços de personalidade dependente, marcada pela necessidade de ser assumido por alguém, aconselhado nas decisões importantes, isentado de suas responsabilidades etc. Será que essas características de personalidade antecedem a agorafobia ou são consequências dela? Ainda não se sabe com clareza.

É preciso saber, também, que inúmeros indivíduos não passam do pânico para a agorafobia: talvez se trate daqueles cuja personalidade é relativamente autônoma e forte, ou ainda cujos ataques de pânico não

tenham sido tão violentos desde o começo. Essas pessoas, nesse caso, não sofrem "apenas" de pânico, o qual, todavia, altera claramente sua qualidade de vida. Pois mesmo as manifestações chamadas "subliminares" pelos psiquiatras – isto é, imediatamente anteriores à fobia severa – irão claramente prejudicar a vida dos pacientes[233].

Inúmeros personagens célebres provavelmente foram vítimas da agorafobia e do transtorno de pânico, entre os quais, Charles Darwin. O pai da teoria da evolução das espécies parece ter sofrido, desde os seus 28 anos, de crises de angústia, palpitações, vertigens, que o conduziram a uma existência bastante sedentária, depois de ele ter percorrido o globo, da América do Sul aos Galápagos, para estudar as condições de vida de inúmeras espécies animais e vegetais. Sem as limitações relacionadas a seu *handicap*, será que Darwin teria escrito seu célebre e controverso tratado *Da origem das espécies*?

9.3 Um medo que causa um grande handicap

O *handicap* gerado pelo transtorno de pânico é considerável, sobretudo se lhe for somada uma agorafobia grave. Ademais, as pessoas que sofrem desse mal costumam apresentar também um número elevado de patologias psíquicas relacionadas, como a depressão, o alcoolismo, tentativas de suicídio[234]. Também o *handicap* social é maior: Muitos pacientes não conseguem mais trabalhar nem conduzir uma vida social em condições normais[235].

Da mesma forma, é muito frequente essas pessoas não receberem um diagnóstico e um tratamento adequados. Durante anos, elas podem receber cálcio, magnésio, psicoterapias inadequadas à sua necessidade. As vítimas do pânico, como também outras pessoas preocupadas com sua saúde, muitas vezes se sentem malcompreendidas pelos médicos que, na melhor das hipóteses, as veem como "ansiosos hipocondríacos" (etimologicamente, pacientes cuja doença são suas sensações). Mostramos que esses pacientes "consomem" cuidados e exames médicos

em grande quantidade e sem nenhuma utilidade[236]. Com efeito, a primeira reação de uma pessoa que acaba de ter ataques de pânico é consultar logo um médico somatólogo (do grego *soma*: corpo), ou seja, especialista, sobretudo, na dimensão física das doenças.

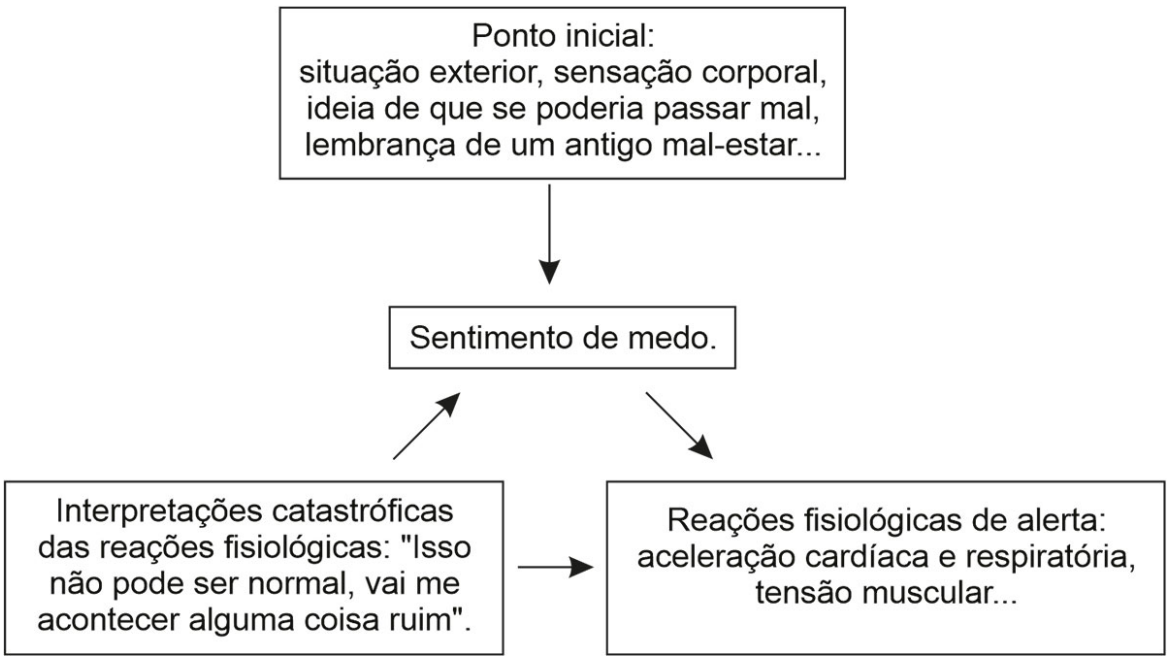
O percurso costumeiro, em geral, é o seguinte: depois do primeiro ataque de pânico, a pessoa corre para a emergência hospitalar mais próxima. Lá, feitos os exames, o médico de plantão lhe fala dos seus nervos e a remete ao clínico, que procurará tranquilizá-la, mas a pessoa não lhe dá ouvidos, pois "embora seja um bom clínico geral, ele não é realmente um especialista nisso". Além do mais, enquanto não derem um nome e explicações satisfatórias para os sintomas, a pessoa continuará inquieta. As crises seguintes irão deixá-la cada vez mais preocupada e ela começará uma maratona aos especialistas, de acordo com os sintomas que sente: cardiologistas, para as palpitações e problemas com o ritmo dos batimentos; neurologistas, para as vertigens; pneumatologistas ou otorrinolaringologistas, para as sensações de falta de fôlego etc. Assim, a menos que um desses médicos consultados diagnostique o transtorno de pânico – o que, felizmente, está começando a acontecer com mais frequência –, a pessoa fica um bom tempo às voltas nesse circuito de angústias. O recurso sistemático a consultas aos serviços de emergências hospitalares, além de tudo, também é um fator agravante para o prognóstico da evolução do transtorno de pânico[237]. Ele demonstra a dificuldade para reconhecer que os sintomas tenham origem psicológica ou, como veremos, pelo menos psicossomática. Pois o transtorno de pânico está apenas na cabeça...

9.4 A dinâmica do transtorno de pânico

9.4.1 A espiral do pânico

Um modelo explicativo muito interessante do transtorno de pânico é fornecido pelas teorias cognitivas[238].

Estas explicam que o paciente de pânico sente, de vez em quando, como todo mundo, pequenas sensações físicas que rompem com o funcionamento silencioso habitual de seu organismo: modificação do ritmo cardíaco ou respiratório, tontura... Mas ele percebe esses fenômenos como anormais e, então, isso desencadeia uma reação de medo que amplia imediatamente tais sensações físicas e provoca outras mais, aumentando de novo o medo etc. É assim que se estabelece o denominado "espiral do pânico".



Uma vez que esta espiral de pânico foi desatada e se formou, evidentemente, é difícil interrompê-la. Na terapia cognitiva mostramos como se pode bloqueá-la desde o começo, para impedir que ela se autofortaleça em cada novo ciclo. Aos poucos, os pacientes conseguem limitar a expansão do medo e experimentam apenas "começos de pânico", cuja intensidade eles controlam. E, progressivamente, permanecendo sob esse regime, o medo recua aos parâmetros de normalidade.

9.4.2 Uma fobia dupla

O que faz com que o transtorno de pânico com agorafobia, a que, por comodidade, nos referiremos agora simplesmente como TPA, seja tão invalidante é que se trata, na verdade, de uma dupla fobia: uma fobia ao mesmo tempo interna e externa, uma fobia relacionada tanto com suas próprias sensações corporais quanto com situações exteriores.

1) A fobia das sensações corporais

No TPA, os primeiros medos são os que provêm da própria pessoa. Teme-se, nesse caso, suas próprias sensações corporais, pelo menos aquelas que parecem anunciar um mal-estar, como descrevem estas frases dos pacientes:

- "Quando eu começo a sentir meus batimentos cardíacos, eu não gosto disso, é mau sinal, é porque está acontecendo alguma coisa estranha no interior de meu corpo";
- "Uma noite eu acordei com a impressão de que estava me asfixiando, era assustador. Depois disso, com o medo eu percebi que isso volta. Muitas vezes tenho a sensação de estar sem ar";
- "Se eu fico muito tempo de pé, começo a ter vertigens e tenho que me sentar ou apoiar-me em alguma coisa, um muro, um balcão, ou segurar em alguém";
- "Algumas vezes eu tenho a impressão de não ser mais eu mesmo, de ter saído de meu corpo e de enxergar os outros como fantasmas, como montes de carne com que não é possível comunicar-me, tudo fica estranho, eu não sei se eu existo mesmo. Tenho medo de que esse estado não passe e me pergunto se não estou ficando louca".

Diante desses medos das sensações físicas, as vítimas de pânico, muitas vezes, recorrem a soluções ruins. Quase sempre essas pessoas adotam o evitamento: para não correr o risco de morrer asfixiadas durante a noite, algumas chegam a não dormir mais deitadas em sua cama, mas sentadas numa poltrona, ou recusam-se a dormir sozinhas,

exigindo sempre alguém com elas. Lembro-me, inclusive, de uma mulher jovem que aceitava passar a noite com rapazes por quem ela nem sentia nada de mais, simplesmente para evitar a solidão da noite, quando nenhuma de suas amigas estava disponível para ficar em sua casa. Outras pessoas, para não sentirem seu coração acelerar, param de fazer esportes, de caminhar rápido, de subir escadas com rapidez. Para evitar vertigens em alguns trechos do percurso de sua corrida, muitas pessoas só fazem seus exercícios em horários vazios. Aprender a se confrontar com essas situações, a não ter mais medo delas, representa, portanto, uma etapa fundamental e indispensável do tratamento do TPA.

Também é comum, para evitar pensar em seu corpo ou em seus medos, que tais pessoas tentem ocupar constantemente sua mente: só dirigem com o rádio ligado, a televisão fica sempre ligada para fazer um barulho de fundo; em viagens de avião elas precisam absolutamente ler ou conversar com um vizinho. Por isso, nas consultas, às vezes eu simplesmente lhes proponho que não falem: então ficamos em silêncio, cara a cara, o que, para muitos, é um exercício bastante desconfortável. E muito útil!

As sensações físicas presentes em 8.137 pacientes com transtorno de pânico que foram atendidos em ambulatórios psiquiátricos[239]

Palpitações, batimentos ou aceleração do ritmo cardíaco.	90%
Sensação de falta de ar ou impressão de sufocação.	81%
Sensação de vertigens, de desequilíbrio, de vazio ou impressão de desmaio iminente.	70%
Transpiração.	69%
Calafrios ou ondas de calor.	64%
Dores ou desconforto toráxico.	63%
Medo de morrer.	60%

Tremores ou agitação muscular.	58%
Medo de perder o controle de si ou enlouquecer.	56%
Parestesias (sensações de formigamento, de descargas elétricas).	51%
Sensação de estrangulamento.	51%
Náuseas ou enjoo abdominal.	40%
Sensação de sair da realidade (desrealização) ou de seu corpo (despersonalização).	33%

2) A fobia das situações exteriores

A segunda família de medos, depois da que diz respeito aos medos de sensações físicas internas, é a dos temores de situações exteriores. No TPA, esses medos são muitos: de fato, são todas as situações que poderiam facilitar a ocorrência de um mal-estar (ficar fechado num lugar pequeno se tiver medo de sufocar), ou dificultar o socorro se ele ocorrer (fazer uma excursão a altas montanhas). Os pacientes tendem a evitar tais situações ou só se arriscam a enfrentá-las sob algumas condições... Eis o testemunho de Graziela a respeito dessas precauções e todos esses evitamentos: “Eu não tomo elevadores. Tenho muito medo de ter uma crise de pânico se eles pararem. Mas eu faço esforços, então, alguns eu me forço a tomar, aqueles que são de vidro, pois fico mais tranquila vendo o exterior; pois eu não tenho medo de altura! Eu também posso entrar naqueles que ficam em lugares muito movimentados, e em pleno dia: eu acho que se houver um problema logo será notado. Outros possíveis são: os que têm aparência de estar em ótimo funcionamento. Eu prefiro que haja uma ou duas pessoas comigo, para me socorrerem se eu passar mal; por outro lado, eu não entro se o elevador estiver lotado: em caso de pane, o oxigênio irá acabar logo. Os

mesmos cálculos eu faço para os transportes comuns, os passeios às lojas etc. Você vê que minha vida é bem simples...”

Principais medos relatados por pacientes agoráfobos[240]

Tipo de medo	Porcentagem de pacientes agoráfobos que apresentam esse medo
Dirigir automóvel	54%
Lojas muito espaçosas	43%
Solidão	37%
Multidão	34%
Afastar-se de seu domicílio	34%
Restaurantes	34%
Elevadores	29%
Lugares fechados	23%
Pontes e túneis	20%
Transportes coletivos	17%
Avião	14%
Espaços descobertos	6%

9.5 A ciência e os ataques de pânico

Na década de 1990, o TPA era a estrela entre doenças, para os psiquiatras. Inúmeros trabalhos científicos foram realizados na época e permitiram descobrir seus arcanos. Um dos protocolos clássicos de estudo era testar o que podia deslanchar os ataques de pânico nos pacientes com TPA, voluntários, obviamente. Diferentes substâncias químicas se descobriram capazes de induzir pânicos experimentais, o que permitiu compreender melhor, entre outras coisas, quais eram os neuromediadores envolvidos[241]. Mas também se sabe que é possível provocar pânico unicamente pela evocação verbal de sintomas físicos,

sem que seja necessário que o paciente os sinta[242]. Mais uma vez, eis a força da imaginação...

9.5.1 Uma excessiva vigilância corporal

Vários estudos confirmaram a tendência dos pacientes de pânico a desenvolver inconscientemente uma vigilância sobre suas sensações corporais, sobretudo as cardíacas[243]. Uma pequena parte deles, inclusive, desenvolve uma capacidade de avaliar com extrema precisão a velocidade de seu ritmo cardíaco[244]. Porém, essa vigilância e essa atenção excessivas impostas à vida de seus órgãos é prejudicial ao seu bem-estar. Não se costuma definir a saúde como "a vida silenciosa dos órgãos"? Jules Renard definia: "A melhor saúde existe quando não a sentimos". Mas os pacientes de pânico aderem com mais boa vontade a esta outra frase do célebre Dr. Knock, o charlatão descrito por Jules Romains: "A saúde é um estado precário que não prepara nada de bom..."

Além disso, o parentesco entre TPA e hipocondria (medo obcecado de doenças) é incrível, possuindo exatamente as mesmas tendências a "ouvir-se demais" e imaginar o pior a partir de detalhes inofensivos. Mas o hipocondríaco costuma estar convencido de que *já* está doente e teme, geralmente, receber diagnósticos relacionados a uma morte lenta (câncer, Aids, leucemia...) enquanto o que sofre de pânico receia sobretudo as doenças que podem levar à morte súbita (enfarte do miocárdio, ruptura de um aneurisma cerebral, edema agudo das vias respiratórias...).

Os pacientes de pânico se encontram num eterno movimento de aproximação e evitamento no tocante à auto-observação: eles não gostam de concentrar-se em suas sensações físicas, porque isso lhes provoca mal-estar, mas, ao mesmo tempo, também não gostam de não prestar toda atenção a elas, porque ficam com a impressão de que correm muitos riscos se não "perceberem um problema grave em

tempo". Esses pacientes ficam, portanto, permanentemente em cima do muro: prestam atenção a seu corpo – com desconforto e inquietação –, mas nunca vão até o fim em seus temores – e os tornam crônicos.

E o que significa "ir até o fim"? Como veremos, isso quer dizer aumentar os sintomas físicos temidos para ver, então, o que acontece. Uma paciente minha deu uma descrição perfeita desse tipo de exercício: "É melhor ir, de vez em quando, até o fundo dos cenários catastróficos do que ficar sempre atolado neles..." Portanto, a tendência à auto-observação incompleta e angustiada deve ser um dos principais alvos do tratamento psicológico desses medos.

9.5.2 Química e fobia: moléculas de medo?

Sabe-se, já há vários anos, que é possível desencadear em pessoas com predisposição um ataque de pânico utilizando agentes químicos. Por exemplo, perfusões de lactato de sódio induzem ataques em 25 a 100% dos pacientes que têm pânico, de acordo com protocolos de pesquisas, e somente em 0 a 30% nos voluntários que não sofrem desse mal.

Provavelmente existe nas pessoas uma vulnerabilidade ligada a certas modificações do equilíbrio químico do organismo que, então, dispara falsos alarmes, ou seja, aciona uma violenta reação biológica de medo sem a presença de perigo real. Tais alarmes se desativam mais facilmente se a pessoa acostumar-se a não ceder ao pânico. Mas a recíproca também é verdadeira: eles tanto mais permanentemente se consolidam quanto mais a pessoa se agita com eles.

9.5.3 Hiperventilação e hipersensibilidade ao gás carbônico

Algumas pessoas que sofrem de transtorno de pânico apresentam uma tendência à hiperventilação, ou seja, seu ritmo respiratório, muitas vezes, é rápido demais e muito amplo. Por que isso?

Isso poderia ser consequência de um mau funcionamento dos mecanismos que regulam o sistema respiratório.

Verificou-se que é possível provocar ataques de pânico fazendo indivíduos vulneráveis inalarem um gás como o dióxido de carbono, ou CO_2. As perfusões de lactato, de que falamos há pouco, de fato aumentam as taxas de CO_2 no sangue, causando efeitos panicogênicos. A hipótese de diversos pesquisadores é que todos nós dispomos em nosso sistema nervoso central de receptores destinados a detectar a falta de ar no ambiente, como uma espécie de alarme antiasfixia. Mas, como sempre, nos medos excessivos dos indivíduos com pânico, esses receptores estariam regulados em um nível muito sensível. Parece que tais pacientes sofrem de uma sensibilidade maior para detectar o gás carbônico (CO_2) no ar que respiram, e isso pode chegar a causar neles até mesmo uma crise de pânico[245] se o ambiente estiver saturado de CO_2, como acontece nos lugares malventilados em que há muita gente (todo mundo precisa respirar...). Talvez isso explique sobretudo sua tendência à hiperventilação crônica, cujo objetivo é diminuir as taxas deste gás no sangue, em benefício do oxigênio.

As sensações de falta de ar e sufocação que alguns pacientes sentem tantas vezes se devem, portanto, a esta hipersensibilidade, mais que a uma real falta de ar puro. Lembremos que o gás carbônico está presente em grande quantidade no ar que nós expelimos depois de extrair dele o oxigênio: nos ambientes fechados, onde há muitas pessoas, existe, assim, uma concentração maior desse gás. Longe de causar asfixia, sobra ainda oxigênio suficiente para todo mundo respirar durante muito tempo. Quem sofre de pânico, contudo, detecta – inconscientemente –, antes de todos os outros, esse aumento de CO_2 e começa a sentir-se nervoso... Tranquilizemos, por isso, imediatamente a nossos leitores vítimas de pânico: não se trata de uma propensão à asfixia! E eles não são os únicos que superestimam sua necessidade de oxigênio num espaço fechado;

mesmo indivíduos que não sofrem de pânico cometem esse equívoco; só que eles não entram em pânico[246].

Essa hipersensibilidade parece, aliás, ser uma marca familiar de risco no TPA, pois ela se encontra numa frequência elevada nas pessoas próximas dos pacientes desse transtorno[247]. Essas pessoas não necessariamente têm medos em níveis fóbicos, mas não ficam longe disso e certas circunstâncias em que sentem "falta de ar" poderão fazer com que elas entrem num princípio de pânico. É uma fragilidade que existe precocemente em algumas crianças, e que se poderia detectar por um ritmo irregular em sua respiração, presente mesmo fora de circunstâncias ou períodos em que estão ansiosas[248]. Com efeito, uma tradução clínica para esta sensibilidade é bem conhecida daqueles que convivem com indivíduos com pânico: eles sentem demais a necessidade de inspirar fortemente ou de suspirar[249] e têm um ritmo respiratório instável e irregular[250].

9.5.4 Problemas com sua maneira de respirar

Tudo que acabamos de ver explica por que a respiração é um dos objetivos visados no tratamento dos pacientes que sofrem de TPA. O paradoxo é que esta tendência à hiperventilação – ou seja, a respirar muito profundamente e/ou intensamente – quando estão ansiosos e inclusive de forma crônica, em alguns casos, sem dúvida é um meio de prevenir a baixa de CO_2, mas que provoca muitos efeitos desagradáveis e reproduz, de fato, sinais físicos semelhantes aos que ocorrem no medo. Você pode fazer esta experiência enchendo com a boca, sem fazer pausas, uma piscina inflável para crianças ou um grande balão: depois de um certo tempo, você irá sentir sua cabeça girar e uma série de outros pequenos sinais desconfortáveis, como uma névoa ou manchas diante dos olhos, formigamentos nos lábios, o coração acelerado...

Por isso, trabalhar a respiração e aprender métodos chamados de "controle respiratório" são algo muito interessante para as pessoas que

sofrem de pânico sujeitas a esse tipo de hiperventilação crônica.

9.5.5 A relação entre o TPA e anomalias em matéria de saúde

Houve uma época em que diversos trabalhos de pesquisa foram realizados para tentar identificar as anomalias físicas que poderiam explicar os ataques de pânico. Descobriu-se, por exemplo, uma associação estranhamente frequente entre os ataques de pânico e uma anomalia de uma valva do músculo cardíaco, o prolapso da valva mitral. Mas além de tais anomalias não estarem sempre, nem de longe, associadas a ataques de pânico[251], essas pesquisas não devem ser vistas como tentativas de medicalizar o transtorno para esvaziar sua dimensão psicológica.

Por outro lado, é importante levar este fato em consideração, pois isto significa que, sem dúvida, existe uma base de sensações físicas anormais ou incômodas que podem alimentar os medos da pessoa. É raro que os medos "partam do nada". Por exemplo, descobriu-se que existe, muitas vezes, nos pacientes de pânico, sobretudo os agoráfobos, pequenas anomalias no nível da otite interna (labirinto), responsável especialmente pelo equilíbrio[252]. Essas anomalias explicam, certamente, a facilidade com que um bom número dessas pessoas pode ter sensações vertiginosas levantando bruscamente a cabeça para olhar para cima. Ou, então, sentirem dificuldades ao modificar sua acomodação visual, por exemplo, tendo que olhar um objeto distante depois de ter fixado um objeto próximo, e assim diversas vezes consecutivas. E a gestão desses pequenos problemas precisará ser integrada à terapia, sendo um de seus objetivos aprender a "lidar com", pois uma anomalia não é uma doença.

É importante que as pessoas que sentem, com frequência, princípios de pânico aprendam a confiar em seu corpo, sem deixar-se atemorizar por algumas pequenas oscilações fisiológicas. Estas não são mais do que expressões da vida, um mecanismo biológico sujeito a irregularidades ou funcionamentos irregulares que não são perigosos.

Para terminar com uma nota positiva essa relação corpo-mente, lembremos, finalmente, que a melhora do TPA ocasiona igualmente uma melhora do estado de saúde física percebido, chamado também de sentimento de estar bem em seu corpo[253].

9.6 Enfrentar uma crise de angústia ou um mal-estar

> Foi durante uma viagem à Birmânia. Dois dias depois de nossa chegada, eu tinha acabado de tomar o café da manhã, estava no elevador do hotel quando, de repente, ele parou, ficando entre dois andares. As luzes se apagaram, nenhum dos outros clientes se apavorou, meu marido estava ao meu lado, e mesmo assim eu senti subir em mim uma onda de pânico totalmente incontrolável. Agarrei a mão de meu marido como se fosse esmagar seus ossos. Eu nunca tinha sentido um medo assim antes. E eu já havia escalado montanhas, saltado de paraquedas, feito *rafting*, andado de moto. Ou seja, não exatamente uma medrosa. Mas ali pensei que fosse minha última hora. Ali entendi o que quer dizer a palavra "pânico". Felizmente, a pane não durou mais do que alguns minutos, mas aqueles minutos no escuro foram os piores de minha vida. Eu sentia as ondas de terror arrebentando em cima de mim e sofria como se estivessem enfiando facas em meu corpo. Todo meu esforço consistia em me segurar para não gritar. Não sei o porquê. Eu não queria parecer ridícula, com certeza, mas havia alguma coisa a mais: eu sentia, bem ou mal, que, se começasse a gritar, não conseguiria mais parar e ficaria completamente histérica e incontrolável. Em certo momento, as luzes reacenderam e o elevador andou novamente. Eu estava estarrecidamente de pé, atingida como um boxeador extenuado pelos golpes, ou como alguém que acaba de escapar da morte por um triz e ainda está fora de si, estático, rijo, petrificado, ainda na sombra do terror... Durante minha permanência lá, eu não pude mais pegar um elevador, nem mais uma vez. E ainda hoje, seis meses depois, cada vez que tomo um, eu sinto que ainda carrego a marca daquilo que me aconteceu naquela ocasião.

Sílvia veio me consultar após este ataque de pânico isolado. Ela quis ouvir uma opinião, compreender por que teve essa crise e, sobretudo, saber o que fazer se isso acontecesse novamente. Esse tipo de ataque de pânico costuma acontecer muito. No caso de Sílvia, já por temperamento, um tanto ansiosa, o surgimento dessa onda de medo foi facilitado pela fadiga ligada à longa viagem e à diferença de fuso horário, ao excesso de café consumido nas últimas 48 horas, justamente para combater o cansaço, pelo sentimento de insegurança por se encontrar

num país exótico e pouco turístico. Um dia aconteceu-me de receber também, por acaso, um piloto de linha, que veio me falar sobre um princípio de angústia que lhe acometeu quando ele estava pilotando um Airbus cheio de passageiros. Ele pôde passar o comando ao seu copiloto e conseguiu se acalmar. Contudo, a experiência deixou-o bastante preocupado e ele não havia falado nada disso a ninguém. Quero tranquilizar meus leitores que têm medo de viajar de avião: esse piloto, hoje, está perfeitamente bem!

9.6.1 O que fazer em caso de uma crise aguda de angústia?

Muitas pessoas, já dissemos, um dia sentirão um ataque de pânico. E a maioria delas não irão procurar um psiquiatra. Elas irão aplicar por si mesmas as seguintes recomendações...

Qualquer que seja o caso, diante do surgimento dos primeiros sinais de medo, é importante lembrar-se que é "apenas" medo, para impedir, desde o começo, que a espiral do pânico tome impulso e se estabeleça. Para isso, é preciso ter lido e assimilado as informações científicas sobre o nascimento, o crescimento e a diminuição de um ciclo de medo, conforme descrevemos no capítulo quatro. O primeiro objetivo é, antes de mais nada, não agravar o pânico com seu próprio afobamento. *Primum non nocere*: antes de tudo não fazer mal, como escreveu Hipócrates.

Recomenda-se respirar calmamente, se necessário em suas mãos ou num saco: essa maneira controla a tendência natural de hiperventilar-se nas situações de medo. Esse reflexo de hiperventilação, destinado a oxigenar um organismo que precise agir para o combate ou a fuga, tem sua lógica. Contudo, como vimos, ele ajuda a surgirem sintomas, eles mesmos angustiantes, que podem provocar uma espiral de pânico. Uma paciente minha, que foi socorrida pelos bombeiros após ter um princípio de pânico dentro de uma loja, viu seus sintomas literalmente irem a mil

quando eles lhe aplicaram uma máscara de oxigênio no rosto: isso fez com que ela sentisse os efeitos da hiperventilação em primeiro grau!

Recomenda-se também não sair da situação em que o medo ocorre, se for possível, ou então voltar a ela logo em seguida, para não "assegurar" aos olhos do nosso cérebro emocional que havia um perigo que, de fato, não existiu. No caso de Sílvia, isto teria consistido em retomar o elevador no mesmo dia. Para nosso piloto, a questão não foi colocada: ele devia continuar no comando do avião.

Finalmente, recomenda-se: repensar, em seguida, no que aconteceu, calmamente e em detalhes, para atribuir ao medo o que lhe convém, ou seja, o essencial do mal-estar. Se não nos dermos esse trabalho, o falso alarme será inconscientemente considerado como sendo verdadeiro e o medo se instaurará de maneira mais eficaz ainda na próxima vez.

Em caso de dúvida, todavia, é preferível consultar um médico. Nós temos uma certa prática e, também, um pouco de intuição para diferenciar o alarme verdadeiro do falso. Lembro-me de uma viagem em um TGV (trem de grande velocidade), onde ouvi o operador chamar um médico pelo microfone. Tratava-se de um senhor de uns 60 anos, fumante, que estava passando mal. Quando ele me viu chegar, começou logo a me passar seu diagnóstico: "Eu estou um pouco cansado e estressado nos últimos tempos". Mas, sendo psiquiatra, percebi que ele estava com aparência um pouco pior do que a de alguém simplesmente ansioso, e pedi que o operador parasse o trem na estação mais próxima e pedisse uma ambulância para aguardá-lo. Senti que o contrariei um pouco, mas na dúvida preferi arriscar dar um "falso positivo", quer dizer, diagnosticar uma doença por engano meu, a dar um "falso negativo", ou seja, não levar a sério um problema grave. Uma hora depois que o trem tinha partido novamente, o operador me procurou para informar que o passageiro havia tido, de fato, um infarto. Não que isso fosse uma boa notícia, mas...

9.7 Como cuidar de pânicos e agorafobias

9.7.1 Os medicamentos

Os benzodiazepínicos aliviam o pânico, anestesiando-o temporariamente. Não evitam, contudo, o retorno do medo. Eles tendem a tornar-se o que se denomina um "objeto contrafóbico" em muitos pacientes: esses, mesmo que não os consumam, não querem se separar deles e os guardam sempre por perto "para o caso de precisar", no bolso, na bolsa, na cabeceira. Muitos descrevem como se desencadearam princípios de pânico ao perceberem que tinham esquecido seus comprimidos, sendo que até então estavam totalmente bem...

Os antidepressivos serotoninérgicos, dos quais explicamos o funcionamento, dão excelentes resultados sobre os ataques de pânico, fazendo-os diminuírem significativamente ou chegando a suprimi-los totalmente[254]. Desde que os pacientes os suportem: com efeito, sua hipersensibilidade interoceptiva, quer dizer, o excesso de atenção dedicada às suas próprias sensações físicas, faz com que eles sintam praticamente todos os seus efeitos secundários possíveis. Existe ainda um risco de recaída uma vez interrompido o tratamento, principalmente se não foi realizada nenhuma psicoterapia durante o período de medicação. E esse período deve durar no mínimo um ano.

9.7.2 A psicoterapia comportamental e cognitiva

Esta nova abordagem psicoterápica mudou radicalmente a vida de inúmeras pessoas que sofrem de ataques de pânico e de agorafobia. Ela repousa sobre uma série de técnicas que, associadas umas às outras, produzem resultados reconhecidos por diversos estudos científicos[255].

1) Aceitar a dimensão psicológica do transtorno de pânico

Esta precondição é importante. Quanto melhor a pessoa tiver compreendido os mecanismos de seu transtorno, mais ela se envolverá

nas técnicas de exposição que certamente serão angustiantes para ela: os medos nessas horas experimentados são medos verdadeiros, fisicamente comparáveis ao que poderia sentir uma pessoa sem o pânico, se fosse introduzida numa jaula com dois tigres, se fosse dito a ela que não há absolutamente nenhum risco nisso, pois os tigres acabaram de almoçar...

2) Aprender técnicas de controle respiratório e de relaxamento

Depois de ter explicado como a hiperventilação pode piorar as sensações de medo e angústia, o terapeuta ensinará seu paciente a adotar um ritmo respiratório regular, em geral na base de seis ciclos inspiração-expiração por minuto. Inspira-se lentamente durante 5 segundos, contando mentalmente "um-dois-três-quatro-cinco", depois se expira lentamente durante os 5 segundos seguintes. Pode-se também propor fazer uma pausa breve de um segundo entre cada inspiração-expiração e nova inspiração. Detalharemos essas técnicas em anexo.

Os métodos de relaxamento, igualmente descritos em anexo, podem ajudar, mas não bastam por si sós. Seu objetivo é aprender a controlar o aumento da angústia e não impedir que ela apareça.

3) Romper a espiral de pânico

O trabalho sobre o encadeamento dos pensamentos angustiantes é efetuado com ajuda de técnicas cognitivas: discussões com o terapeuta sobre a pertinência dos pensamentos automáticos e das interpretações ansiosas (as cognições), esclarecimento de crenças inquietantes... Mas, por mais úteis e necessárias que sejam, essas discussões representam apenas um momento preliminar e devem ser seguidas por enfrentamentos. Com efeito, somente o trabalho sobre as cognições "frias" (sem ativação emocional) não é eficaz e não o será, a menos que seja efetuado também com cognições "quentes", quando as emoções de medos excessivos estão "puxando" para trás...

Modificação das convicções inquietantes numa paciente de pânico agorafóbico

Convicções anteriores à terapia	Convicções após a terapia
Se eu tiver um princípio de sensações vertiginosas, certamente irei perder a consciência.	Sinto com frequência pequenas vertigens, não gosto disso, mas não é grave. Em geral, isso advém quando estou cansada ou estressada.
Todos esses indícios de mal-estar são a prova de que tenho uma doença grave e vou acabar morrendo por causa disso.	Tenho manifestações assim há muitos anos e todos os meus exames são normais: é um incômodo, mas é claro que não vou morrer por causa disso.
Quando isso começa, não posso fazer nada, a não ser fugir ou entupir-me de tranquilizantes.	Se permanecer na situação, respirando calmamente, isso acaba passando. Se eu não retrocedo diante dessa angústia, é sempre ela que acaba perdendo espaço.

4) Superar o traumatismo: a exposição imaginária pela lembrança das piores crises

Para muitos pacientes, as lembranças das crises de pânico são cuidadosamente evitadas. Mas tal evitamento, como sempre, mantém intacto seu poder "amedrontador". Ora, como essas lembranças irão automaticamente acordar a cada nova onda de medo, é imprescindível que tenham passado por uma limpeza, para que sejam, claramente, apenas lembranças para nosso cérebro emocional, e não algo atualizado. Isso é o que acontece, por exemplo, com as lembranças traumáticas, qualquer que seja sua origem: a emoção de medo, nesse caso, foi aprisionada ainda "viva", junto com a lembrança, e despertará a cada evocação da dita lembrança...

Assim, para fazer com que os pacientes se confrontem, é pedido para que eles contem, precisamente, com muitos detalhes sensoriais, essas crises iniciais que, geralmente, terão sido as mais intensas e mais traumatizantes. Convida-se, em seguida, que eles as escrevam e as releiam regularmente, até que sintam que aquelas crises se tornaram

apenas más lembranças, e não mais uma emoção atual. É o que eu havia feito com Sofia, cujo relato eu lhes contei no início do capítulo. Algumas vezes é preciso gravar o relato para que a pessoa possa escutar um pouco a cada dia, para desgastar, regularmente, a reação de medo.

5) Provocar pessoalmente seus sintomas físicos: a exposição às sensações temidas

Este é, certamente, um dos métodos de tratamento que mais surpreendem as pessoas não avisadas sobre o que sejam as técnicas comportamentais: o que pretende provocar, portanto, esse terapeuta pedindo a seus pacientes para soprarem numa folha, ou que os faz darem voltas a toda velocidade sentados numa poltrona giratória?

Ele pretende desencadear em seus pacientes sensações físicas que eles temem, das quais têm muito medo e que os fazem entrar em pânico! Eis os exercícios mais frequentes que praticamos, em função das sensações que os pacientes mais temem[256]:

- Manter os pacientes em posição de pé, parados, por um período prolongado(20 a 40 minutos). Eles pensam, em geral, que não podem ficar mais de 3 minutos assim sem ter um problema e passar mal;
- Fazê-los darem voltas sobre o próprio eixo (de 1 a 2 minutos) utilizando uma cadeira giratória, ou sobre um pé, como fazem os dervixes dançarinos, em suas danças rituais. O fim almejado é: não chegar ao pânico por causa das sensações de vertigem que esse exercício provoca (em todo mundo, inclusive no terapeuta, eu lhes asseguro...);
- Fazê-los girarem a cabeça rapidamente de um lado para o outro (de 1 a 2 minutos), com o mesmo objetivo;
- Fazer com que se hiperventilem (de 1 a 2 minutos) pedindo-lhes que respirem bem forte e bem rápido. Largue você, leitor, esse livro e experimente por 1 minuto...;

- Fazer com que respirem em um tubo ou em uma vasilha pequena, com o nariz tapado (de 1 a 2 minutos), para provocar as sensações de falta de ar que eles receiam;
- Para aqueles que temem sentir seu coração bater forte e depressa, subir rapidamente uma escada ou fazer exercícios intensos, flexões (de 5 a 10 minutos). Depois, prestar atenção a seus batimentos cardíacos e perceber que nada de grave aconteceu e que o coração é capaz de voltar à calma sozinho.

6) Reconquistar o território: a exposição às situações evitadas

Este é um percurso clássico de exposições às situações temidas que, normalmente, vêm após a fase precedente e depende da importância dos medos agorafóbicos. Para alguns, isso consistirá, inicialmente, em simplesmente sair de casa sozinho e estender, pouco a pouco, seu território, uma rua depois da outra. Para outros, significará retomar um transporte público – até uma, depois duas, depois três paradas do ônibus ou estações de metrô – ou voltar a dirigir seu carro – e ir a lugares cada vez mais distantes, que tomem mais tempo. Para outros ainda, isto implicará aprender a ter paciência, de pé, numa fila de espera. Lembro-me de uma vez em que acompanhei um paciente a uma grande loja perto da clínica. Ele ficou plantado diante de uma prateleira de escovas de dente por cerca de meia hora, enquanto eu ia e vinha mais ou menos perto, deixando-o administrar seus medos sem me afastar demais, pois era a primeira vez que fazíamos o teste nessa situação. Mas esse comportamento chamou a atenção dos seguranças da loja, que se aproximaram imediatamente para perguntar se havia algum problema conosco. Meu paciente e eu lhes demos uma pequena explicação sobre os ataques de pânico que, acredito, não lhes interessou muito, mas que, de qualquer forma, nos permitiu certa tranquilidade em nossos exercícios naquela loja...

7) Manter as conquistas: viva o esporte!

A prática regular de um esporte é boa para o transtorno de pânico: ela ajuda sobretudo os pacientes a se acostumarem com suas sensações corporais, parar de ter medo delas. Mas justamente, como as vítimas de pânico temem essas sensações, elas tendem a evitar atividades físicas[257]. Mas a prática regular de uma atividade física pode melhorar seus sintomas[258]. Aí, novamente, como em toda exposição, são os pequenos exercícios regulares que serão mais eficazes, e não esforços enormes, muito espaçados no tempo.

9.8 Senti um calafrio pavoroso

As crises de angústia, com certeza, sempre existiram. Encontram-se, por exemplo, diversas descrições delas na Bíblia, como o seguinte exemplo do Livro de Jó (4,14-15):

> Um calafrio de pavor apoderou-se de mim e fez tremerem todos os meus ossos. Um sopro roçou-me o rosto e provocou-me arrepios por todo o corpo!

Todavia, podemos nos perguntar se esses medos ligados ao sentimento constante de insegurança, ao temor de um mal-estar grave, e que causam pouco a pouco uma agorafobia, não sejam mais prejudiciais atualmente do que o eram no passado. Nosso modo de vida moderno, de fato, requer deslocamentos muito frequentes como dirigir seu carro ou tomar os transportes coletivos para ir trabalhar ou fazer suas atividades, utilizar o avião ou o trem para deslocamentos profissionais ou ir de férias. Nas sociedades tradicionais, sem dúvida, sofrer de pânico agorafóbico trazia bem menos complicações para o indivíduo, pois eram sociedades mais sedentárias do que o são as nossas sociedades de hoje, em que a mobilidade é a regra. Daí o grande desgaste e a enorme demanda por ajuda das pessoas atingidas por esses medos.

Porém, uma outra razão que leva os cuidadores a se apaixonarem por esse transtorno é sua dimensão metafísica: as vítimas de pânico são pacientes com quem se tem, muitas vezes, que "discutir filosofia". Suas

angústias sobre a vida e a morte, a saúde e a doença, a autonomia e a dependência, os levam – um pouco constrangidos, é verdade – a refletir sobre tudo aquilo que é essencial ao ser humano: o sentimento de perda de controle sobre sua existência, todas as formas de vertigem existencial, as discrepâncias na ordem aparente das coisas, as tomadas brutais de consciência de nossa fragilidade física e mental... Por isso eles possuem uma consciência obsessiva do caráter efêmero da vida e esse medo da morte e da loucura. Todos os seres humanos carregam esses medos consigo, mas a maioria nem pensa neles, ou não fica eriçada por isso. Os que têm pânico, esses não conseguem esquecê-los. Disso decorre, certamente, sua força e sua grandeza quando eles conseguem superar seus medos: sua vida pode se tornar, então, mais plena do que a de muitos não fóbicos...

---

224. NORTON, G.R. et al. Factors associated with panics attacks in non clinical subjects. *Behavior Therapy*, 17, p. 239-252, 1986.

225. POLLACK, M.H. et al. Phenomenology of panic disorder. In: STEIN, D.J.; HOLLANDER, E. (orgs.). *Textbook of Anxiety Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2002, p. 237-246.

226. DELERM, P. *Le Portique*. Paris: Du Rocher, 1999.

227. REES, C.S. et al. Medical utilisation and costs in panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, p. 421-435, 1998.

228. MORITA, S. *Shinkeishitsu*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1997.

229. FARAVELLI, C. et al. Five-years prospective naturalistic follow-up study of panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 36, p. 271-277, 1995.

230. EHLERS, A. A one-year prospective study of panic attacks. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, p. 164-172, 1995.

231. LEROY, P. *Voyage au bout de l'angoisse*. Paris: Anne Carrière, 1997.

232. WEISSMAN, M.M. et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, p. 305-309, 1997.

233. MASER, J.D. et al. Defining a case for psychiatric epidemiology: treshold, non-criterion symptoms and category *versus* spectrum. In: MAJ, M. et al. (orgs.). *Phobias – World Psychiatric Association.* Chichester: Wiley, 2004, p. 85-88.

234. BROWN, T.A. et al. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample B. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, p. 179-192, 2001.

235. CANDILIS, P.J. et al. Quality of life in patients with panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseuse*, 187, p. 429-434, 1999.

236. LEON, A.C.; PORTERA, L.; WEISSMAN, M.M. The social cost of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166, p. 19-22, 1995.

237. ROY-BIRNE, P.P. et al. Unemployment and emergency room visits predict poor treatment outcome in primary care panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, p. 383-389, 2003.

238. CLARK, D.M. A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, p. 461-470, 1986.

239. SERVANT, D.; PARQUET, P.J. Étude sur le diagnostic et la prise en charge du trouble panique en psychiatrie. *L'Encéphale*, 26, p. 33-37, 2000.

240. BOULENGER, J.P. (org.). *L'Attaque de panique: un nouveau concept?* Paris: Goureau, 1987.

241. STRÖHLE, A. et al. Induced panic attacks shift gamma-aminobutyric acid type A receptor modulatory neuroactive steroid composition in patients with panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, p. 161-168, 2003.

242. KROEZE, S. et al. Imaginal provocation of panic in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 33, p. 149-162, 2000.

243. SCHMIDT, N.B. et al. Effects of cognitive behavioral treatment on physical health status in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 34, p. 49-63, 2003.

244. VAN DER DOES et al. Heartbeat perception in panic disorder: a re-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 38, p. 47-62, 2000.

245. PAPP, L.A. et al. Respiratory psychophysiology of panic disorder: 3 respiratory challenges in 98 subjects. *American Journal of Psychiatry*, 154, p. 1.557-1.565, 1997.

246. RACHMAN, S. et al. Experimental analysis of panic III: claustrophobic subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 26, p. 41-52, 1987.

247. CORRYELL, W. et al. Aberrant respiratory sensitivity to CO_2, as a trait of familial panic disorder. *Biological Psychiatry*, 49, p. 582-587, 2001.

248. PERNA, G. et al. Respiration in children at risk for panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, p. 185-186, 2002.

249. WILHELM, F.H. et al. Characteristics of sighing in panic disorder. *Biological Psychiatry*, 49, p. 606-614, 2001.

250. ABELSON, J.L. et al. Persistant respiratory irregularity in patients with panic disorder and generalized anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 49, p. 588-595, 2001.

251. TOREN, P. et al. The prevalence of mitral valve prolapse in children with anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 33, p. 357-361, 1999.

252. JACOB, R.G. et al. Panic, agoraphobia and vestibular dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 153, p. 503-512, 1996.

253. SCHMIDT, N.B. et al. Effects of cognitive behavioral treatment on physical health status in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 34, p. 49-63, 2003.

254. LYDIARD, R.B. Pharmacotherapy for panic disorder. In: STEIN, D.J.; HOLLANDER, E. (orgs.). *Textbook of Anxiety Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2002, p. 257-271.

255. SPIEGEL, D.A.; HOFMANN, S.G. Psychotherapy for panic disorder. In: STEIN, D.J.; HOLLANDER, E. (orgs.). *Textbook of Anxiety Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2002, p. 273-288.

256. SCHMIDT, N.B.; TRAKOWSK, J. Interoceptive assesment and exposure in panic disorder – A descriptive study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, p. 81-92, 2004.

257. BROOCKS, A. et al. Exercise avoidance and impaired endurance capacity in patients with panic disorder. *Neuropsychobiology*, 36, p. 182-187, 1997.

258. HAYS, K.F. *Working It out: Using Exercise in Psychotherapy*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 1999.

10
E muitos outros medos...

Medo de morrer, de ficar doente, de a barriga fazer barulhos, de vomitar, de ficar sem ar, de dar à luz, de fazer amor, de ferir uma pessoa amada...

Os medos são inúmeros, pois os perigos, que nos ameaçam ou que encarnamos, são também inúmeros.

Esta criatividade do medo, que se manifesta através de todas essas máscaras, tem apenas um remédio e um só antídoto: a criatividade do terapeuta e a de seu paciente, ambos engajados numa única luta, desafiadora mas apaixonante, para conduzir esses medos excessivos à razão.

Mais adiante será possível extrair o melhor disso: o medo da doença e da morte são extraordinárias alavancas para refletir sobre a saúde e a vida. Mas, antes de tudo, é preciso fazê-los abaixarem a crista...

> *Eu não quero alcançar a imortalidade através de minha obra, eu quero alcançá-la sem ter que morrer.*
> Woody Allen

"Dr. Christophe André, fobólogo." Entre as cartas que recebemos no hospital, algumas têm endereços ou títulos fantasistas. Mas foi a primeira vez, aquela manhã, que recebi nas mãos uma correspondência atribuindo-me o diploma *honoris causa*, imaginário, obviamente, de fobólogo, especialista em medos e fobias. Eu fiquei encantado e ainda guardo o envelope em meu escritório de Sainte-Anne. Realmente, como muitos de meus colegas, eu acompanhei todo tipo de medos e de fobias...

10.1 Pseudomedos e falsas fobias

Alguns medos excessivos se devem, na realidade, a outras doenças. Sabe-se, por exemplo, que uma forma particular de epilepsia,

denominada temporal, pode causar acessos de pânico brutais mas sem uma razão particular, exceto a de terem sido facilitados pelo cansaço e as variações emocionais[259]. Em casos raros, um medo violento do escuro em crianças, na realidade, pode dever-se a uma doença ocular familiar, uma retinopatia[260]. Mas descobrir uma causa orgânica precisa para as manifestações de medo continua sendo bastante excepcional.

Por outro lado, medos paralisantes podem, muitas vezes, vir a complicar doenças ou problemas físicos preexistentes. Um dia recebi um paciente muito particular, que apresentava uma fobia social secundária a uma enfermidade motriz cerebral. Por causa de seu *handicap* cerebral, Emanuel sofria de graves problemas de locomoção: ele caminhava com dificuldade, com passos desajeitados, problemas de motricidade agudos: ele quase não conseguia pegar objetos, e problemas com a elocução: exprimia-se com dificuldade, de maneira entrecortada e explosiva e precisava-se de certa familiaridade para poder entendê-lo, além de um pouco de paciência. Mas valia a pena fazer esse esforço, porque se tratava de um rapaz muito inteligente e cativante. E também corajoso: ele vivia sozinho em Paris, auxiliado por vizinhos e amigos para diversas tarefas cotidianas, não tendo desejado ficar na dependência de sua família, que vivia no norte do país.

Emanuel tinha um temperamento alegre e curioso, e gostava de ficar no terraço dos bistrôs bebericando alguma coisa enquanto contemplava as pessoas passando. Mas também apreciava, quando suas economias o permitiam, ir a um restaurante fazer uma boa refeição. Infelizmente, seu *handicap* motor o prejudicava: acontecera, muitas vezes, de não quererem servi-lo ou, o que dava na mesma, de se "esquecerem" de servi-lo. Se ele pedia uma bebida alcoólica, que era plenamente seu direito enquanto cidadão adulto e responsável, ele se deparava, às vezes, com uma resistência passiva ou um discurso lamentoso sobre "seu estado, que não lhe permitia isso". Depois de um tempo, Emanuel

desenvolveu um sentimento de apreensão com essas frases tantas vezes repetidas, que lhe tolhiam um dos prazeres oferecidos pela sua existência parisiense. Acabou com receio de frequentar estabelecimentos onde não o conheciam, por causa do que ele denominava, com muita inteligência e bom humor, os "seus invalidadores". Além disso, desenvolveu uma estratégia de planejamento de suas aparições a esses locais: alguns dias antes, escrevia uma carta aos responsáveis do bar ou do restaurante, explicando-lhes seu problema e deixando claro que, apesar de sua motricidade e sua dicção caóticas, ele era totalmente lúcido e responsável. Resumindo, informava-lhes que não precisavam ter medo dele e de sua deficiência!

Se os deficientes podem causar medo, muito mais frequentemente são eles mesmos as vítimas do medo devido aos olhares que recaem sobre eles. Todo tipo de *handicap* visível aos outros pode dar espaço para medos sociais paralisantes: por exemplo, existem casos de fobias sociais originadas a partir do Mal de Parkinson, em que os pacientes desenvolvem um medo excessivo do olhar das pessoas sobre seus tremores e sua incapacidade[261]. Entre as pessoas atingidas por tremores muito intensos, de origem geralmente genética, cerca de 30% desenvolvem sintomas de fobia social[262].

Entre os medos relacionados a doenças orgânicas citemos a cinesiofobia, o medo de mover-se e realizar certos movimentos, frequente, ao menos transitoriamente, em pessoas que sofrem de dores graves, como as ciáticas agudas. Por extensão, a psicocinesiofobia, o medo de realizar algumas operações mentais, sobretudo em quem sofre de enxaqueca, devido ao medo de desencadear novas crises[263]: a palavra de ordem, então, é principalmente não mexer a cabeça! Esses medos se inscrevem no conjunto mais geral das algofobias, aqueles medos da dor que podem, por exemplo, fazer com que muitas pessoas deixem sempre

para outra ocasião sua visita ao dentista! Às vezes, elas são sequelas de tratamentos anteriores realizados sem cuidado.

Muitos medos e fobias podem, também, estar ligados às três grandes famílias que apresentamos nos capítulos precedentes. Por exemplo, os medos de enrubescer, de transpirar, de tremer estão ligados aos medos e fobias sociais, como já dissemos.

Claro que sempre existem variantes culturais para as famílias gerais dos medos. A fobia social no Japão assume a feição do *Taijin-Kyafusho*, um receio de incomodar os outros através de um comportamento social inadequado[264]: não sorrir de forma correta, por exemplo. Característica cultural: não ter medo de parecer incomodado (não estar à altura é um problema para os ocidentais), mas de incomodar os outros (não respeitar as regras de integração ao grupo é um problema mais oriental).

Da mesma forma, os ataques de pânico entre os esquimós muito dificilmente têm a ver com situações como o metrô, as filas de espera ou os engarrafamentos nas rodovias. Mas se expressam, geralmente, na "fobia do *kayak*": o medo de entrar em seu caiaque para ir à caça das focas ("Se eu passar mal quando estiver distante, por trás daquele grande *iceberg*?").

Mas entre nós também existem situações de exotismo: o medo de fantasmas e espíritos mistura elementos da fobia de escuridão, medo da morte e medo de estar sozinho; lembremos, também, o medo de ser enterrado vivo, presente especialmente nos claustrófobos e nos pacientes de pânico...

Neste capítulo abordaremos, de fato, por um lado, medos e fobias raras ou específicas, que não podem ser vinculadas a nenhum grupo, mas que representam para a pessoa que é atingida por elas um problema central, verdadeiramente incômodo. Por outro lado, medos e fobias que se inserem, na realidade, no quadro das doenças ansiosas particulares, entre as quais os medos constituem apenas uma parte.

10.2 Medos e fobias raras ou pouco conhecidas

10.2.1 O medo de engasgar-se ao comer ou beber

A fobia de ficar engasgado e sem ar é razoavelmente difusa. As pessoas que sofrem disso não conseguem engolir os alimentos senão em forma praticamente líquida, ou em pequenas porções, longamente mastigadas. Elas têm dificuldades para suportar objetos duros na boca: até conseguem usar escovas de dente, mas têm muita resistência aos tratamentos dentários. Também é muito difícil para essas pessoas engolirem comprimidos e cápsulas maiores. Não conseguem usar golas fechadas, gravatas, e ficam muito angustiadas com uma simples angina ou uma infecção na garganta, que lhes dão a sensação inquieta de dificuldade para respirar. O pior pesadelo, para elas, com certeza é de morrerem asfixiadas por ter engolido alguma coisa que ficasse atravessada na garganta, ou serem vítimas de um edema da glote causado pela picada de uma abelha escondida no cacho de uva.

10.2.2 O medo de vomitar em público

Eu encontro, muitas vezes, pessoas com medo de vomitar em público depois de comerem e que por isso nunca comem nada em situações sociais. Normalmente, elas apresentam também outros medos sociais, mas pode acontecer de esse medo de vomitar aparecer isolado.

Uma paciente minha, a quem chamaremos de Carlinha, não comia antes de sair de casa; durante a semana, ela se alimentava, praticamente, só à noite. Se tinha que comer na presença de outras pessoas, e mais ainda se tinha que ficar perto delas durante a digestão, ela cuidava de comer apenas feculentas – arroz, massas, pratos à base de batata – que ela achava que lhe "ficavam melhor" no estômago em caso de náuseas. Ela também procurava, tanto quanto possível, comer alimentos pouco coloridos, espaguete *carbonara* em vez do bolonhês: no caso de algum incidente, isso seria menos repugnante e espetacular. Durante o

tratamento, a terapeuta que assumiu seu caso pediu-lhe para vir à terapia logo após a refeição; então elas foram juntas para a rua, nas lojas, no metrô etc. Durante certos exercícios, a paciente devia perguntar, num café: "Por favor, onde são os toaletes, estou com vontade de vomitar..." e dirigir-se aos toaletes e ficar lá um pouco, como se fosse verdade. Depois, devia sair e pedir um guardanapo ao garçom. Após cerca de seis meses, seus medos estavam nitidamente reduzidos. Ela começou a aceitar os convites para sair de casa e a comer diversos alimentos até então "proibidos".

10.2.3 O medo de que o estômago ronque, de soltar puns e de não reter as fezes ou a urina

Acontece-nos, às vezes, fazer coisas surpreendentes na terapia comportamental, como você deve ter percebido lendo esta obra. Mas um dos momentos mais surpreendentes de toda a minha carreira de fobólogo foi, sem dúvida, a terapia de Isabela.

Isabela era uma jovem de uns 30 anos que veio me consultar sobre uma fobia social. Conversando com ela, pareceu-me que os medos sociais de que ela me falava, no fundo, não eram graves, e que havia outros problemas mais urgentes a resolver em sua personalidade, e comecei a falar disso com ela, quando ela me interrompeu: "Bom, o que acontece, na realidade, doutor, é que fico geralmente muito desconfortável nessas circunstâncias porque... tenho medo de soltar puns". Isabela tinha medo de que seu estômago roncasse, mas sobremaneira temia soltar "peidos" em público. Como é possível que aquilo que não passa de uma preocupaçãozinha para a maioria de nós possa ser objeto de tanto temor para uma jovem mulher como essa?

De acordo com Isabela, esse medo seria decorrente de uma grande humilhação pela qual passara em sua adolescência. Sob grande pressão e nervosismo, um incidente assim lhe havia ocorrido no colégio, quando ela fora chamada ao quadro. O professor e toda a classe, na ocasião,

mexeram muito com ela por isso. Mas o pior foi que muitos garotos passaram a imitar barulho de peidos com a boca cada vez que ela estava por perto ou quando era chamada ao quadro. E como a história se espalhou rapidamente pela escola inteira, Isabela tornou-se objeto de diversas brincadeiras, até que seus pais a retiraram do estabelecimento. Mas o mal já estava feito.

Certo, Isabela era, além disso, bastante sensível, muito emotiva, faltava-lhe confiança em si mesma, mostrava-se bastante reservada e defensiva em suas novas amizades. Mas esses traços de personalidade não chegavam a um nível patológico. Eram apenas uma dificuldade, e sua verdadeira pergunta era outra: "Já fiz duas terapias, que me ajudaram a readquirir minha autoconfiança, mas que não eliminaram minha fobia". Então, como de costume, eu lhe expliquei em que consistiria o nosso trabalho: *grosso modo*, não ter mais vergonha de soltar seus gases; portanto, ir treinar na via pública, no metrô, nas salas de espera etc. Eu não devo ter sido muito convincente naquele dia, pois Isabela não voltou no encontro seguinte e não ouvi mais falar dela por quase um ano. Depois, ela retomou contato comigo um tanto embaraçada:

> Você me amedrontou muito, na última vez, com seus exercícios. Eu não podia imaginar fazer tudo aquilo, preferia ficar com minha fobia. Mas aí... conheci uma pessoa, e tenho muito medo que me aconteça algo assim perto dele!

Alguns meses mais tarde, a terapia começou. Nós iniciamos com um *tour* de reconhecimento de seus temores: no caso dos gases, Isabela tem medo de ser classificada como repugnante e mal-educada. Ela afirma que nunca presenciou ninguém emiti-los em público, fora ela. Ela admite que, acima de tudo, tem medo de passar de novo pela mesma experiência de zombaria generalizada como a que teve na escola. Assim, passamos duas sessões dedicadas precisamente a lembrar aquele período, fazendo-a revivê-lo nos mínimos detalhes sensoriais e emocionais, da mesma maneira que fazemos, em casos semelhantes, quando queremos "purificar" lembranças traumáticas. Depois fizemos a

lista dos pensamentos plausíveis que as pessoas poderiam ter diante de alguém que soltasse um pum perto delas, do tipo: "Tem gente que não se envergonha mesmo". Isto, com o fim de analisar com calma a importância e o alcance exatos de tal eventualidade.

Finalmente, começamos a preparar alguns exercícios: pedi a Isabela que comprasse numa loja de fantasias e mágicas um "imita peido", espécie de balão de borracha que se pode colocar embaixo de uma almofada e que reproduz sons de puns. Nós começamos a fazer esses barulhos nas consultas, imitando-os, inclusive com a boca. Passamos a algumas encenações em que Isabela respondia a eventuais caras feias com um grande sorriso e um "Desculpe-me, eu estou me sentindo um pouco estufada". Eu a encorajei a falar de seu problema com suas duas melhores amigas. Ela nunca havia tocado nesse assunto com ninguém, exceto com seus pais.

Na sessão seguinte, saímos com nosso balão. No metrô, depois no *hall* do hotel perto do hospital, depois numa grande loja, ficamos produzindo sons anatômicos variados. Num primeiro momento, quem "assumia" era eu, depois Isabela se encorajou. Ela tinha que fazer o barulho sem deixar de olhar diretamente para as pessoas à sua volta. Depois de uma hora, Isabela havia entendido o recado: soltar puns em público é algo incômodo, mas administrável...

Falta, portanto, apenas expor-se ao risco real. Desde sempre, Isabela tem evitado cuidadosamente os alimentos que favorecem a fermentação digestiva que dá origem aos gases: feijão branco, lentilha, couve, repolho, cebola etc. Assim, sua missão agora é consumir estas coisas. Nesse tempo, ela conversou sobre esse assunto com uma de suas melhores amigas, que lhe contou que isso também lhe acontecia de vez em quando, pois ela sofria de aerofagia. Indo ao *shopping* juntas, elas se puseram a brincar uma com a outra e rir da situação nas lojas, no ônibus, enfim, em público, dizendo uma à outra: "Você peidou! Não, foi

você!", divertindo-se e dando enormes risadas com isso... Quando Isabela me contou essa história, eu soube que ela iria curar-se. Alguns anos mais tarde, no quarto de minha filha, eu me deparei com um livrinho infantil cujo título era: "*Encore toi, Isabelle?*" (Você de novo, Isabela?), e que contava a história de uma menininha tímida, complexada porque sua barriga roncava muito[265]. Mas não foi Isabela quem escreveu aquele livro...

Nem todas as histórias de medo semelhantes têm, necessariamente, um desenrolar tão favorável. Muitas vezes, esses medos ligados a sons produzidos pelo tubo digestivo, ruídos de líquidos ou gases no estômago ou na garganta, estão inseridos em contextos de transtornos da personalidade mais graves do que os de Isabela. Essas "borborigmofobias" (do grego, *borborygmos*, ruído causado pelo movimento de gases nos intestinos) precisarão ser tratadas de acordo com a fragilidade de cada paciente: os exercícios de exposição podem desencadear emoções muito violentas.

Quanto ao medo de não segurar suas fezes ou urina, esse, evidentemente, não se presta muito bem aos exercícios práticos de exposição. É necessário, contudo, confrontar-se progressivamente com o risco teórico de uma diarreia, fazendo-se consumir frutas e legumes frescos, que esses pacientes evitam, em geral, há anos. É preciso saber que, quando esses medos são extremos, o risco de diarreia psicomotora existe realmente, não é apenas uma fantasia. Sabe-se, por exemplo, que, sob efeito de medo violento, inúmeros jovens soldados da guerra de 1914-1918, no momento de avançar sobre o inimigo e sair de suas trincheiras, apresentavam esse tipo de fenômeno, que se denominava "a diarreia dos jovens novatos". Portanto, é preciso fazer com que esses pacientes trabalhem sobre outras formas de vergonha e de medos sociais, para que comecem a entender de que maneira se pode "esgotar" esses medos e dissolvê-los. Depois, é preciso treiná-los a enfrentar as

situações em si: sair com uma calça ou uma roupa clara manchada atrás, depois ir a um bar e perguntar onde ficam os banheiros explicando: "tive um acidente", sem tentar disfarçar etc. A ideia central é, como se vê, treinar a assumir um incidente, evidentemente, constrangedor para todo mundo, mas do qual não se pode aceitar que esteja por trás de um medo que afete toda uma vida. O procedimento é o mesmo para tratar o medo de urinar nas calças.

Se existe um *handicap* real dessa natureza, eu explico aos meus pacientes que eles também não devem punir-se nem se condenar por seus medos e seus evitamentos, pois isso seria o que eu chamo de "pena dupla": é inútil acrescentar emoções de medo e de vergonha ao problema anatômico, que não está em seu poder modificar. Por outro lado, cabe-lhes aprender a lidar com as emoções e controlá-las.

10.2.4 O medo de cair e das áreas descobertas

As fobias ligadas ao caminhar são frequentes em pessoas idosas pouco autônomas, que temem as consequências de uma queda, ou que já sofreram quedas e, às vezes, ficaram esperando socorro por algumas horas, ou mesmo alguns dias. Tais medos, geralmente, são paralisantes, pois as pessoas de idade passam a renunciar às pequenas caminhadas e saídas que são importantes para seu equilíbrio físico, mental e social. Seus temores se agravam diante de áreas descobertas e podem, nesse caso, assemelhar-se à agorafobia[266]. Mas a fobia de escorregar também está presente entre os mais jovens. É o caso desta paciente, cujo medo de cair fazia com que não usasse meias curtas ou colantes por medo de falta de aderência nos calçados. Gary Larson, célebre cartunista americana, baseando-se num provável pesadelo da infância, ilustrou, certa vez, uma fobia próxima, a *luposlipafobia*, neologismo criado por ela mesma a partir do latim *lupus*, lobo, e do inglês *slip*, escorregar, para designar "o medo de ser perseguido por lobos de madeira em volta da mesa da cozinha quando se está de meias e o chão acabou de ser encerado..."[267]

10.2.5 O medo do parto, ou tocofobia

A tocofobia, do grego *tokos*, "parto", é conhecida há muito tempo pelos médicos. Devemos lembrar que ela tem uma certa realidade histórica: até a descoberta das regras modernas de higiene – lavar as mãos antes de realizar um parto é uma ideia que não tem nem dois séculos – e a dos antibióticos, a morte no parto atingia inúmeras mulheres. Portanto, na época, havia alguns motivos para ser tocófobo. Embora o aperfeiçoamento dos partos tenha tornado esse tipo de ocorrência dramática uma exceção, o "medo de parir" parece ser, ainda, algo muito presente, embora não se saiba com que frequência, exatamente[268].

Esse medo pode ocorrer de maneira "primária", anterior a qualquer experiência pessoal de parto. Para não correr riscos, as jovens acometidas por esse medo recorrem, seja ao evitamento das relações sexuais, seja a métodos rigorosos de contracepção. Quando o desejo de ter filhos se contrapõe ao medo, elas procuram um obstetra compreensivo com quem seja possível negociar uma cesariana.

A tocofobia também pode ser "secundária", ou seja, ser consequência de um parto muito malsucedido: sofrimento neonatal ou morte da criança, ou ainda acidente obstetrício. Em todo caso, esses medos podem estender-se a tudo que lembra a situação temida e provocar, por exemplo, um mal-estar intenso diante de relatos ou fotos de partos. Os conhecimentos sobre os meios de tratar esses pacientes ainda são fragmentários.

10.2.6 O medo das relações sexuais

Diversamente do precedente, os temores e o medo que gravitam em torno da relação sexual têm sido objeto de inúmeros estudos por parte dos sexólogos e existem diversos tratamentos eficazes disponíveis[269]. Na mulher, o medo mais frequente é o vaginismo; isto é, o temor de uma penetração que irá produzir contração automática incontrolável dos músculos da vagina. E, no homem, o medo de não conseguir ter ereção,

ou de ter uma ejaculação precoce, que têm por característica essencial serem modelos bastante puros de medos autorrealizados: o temor favorece a ocorrência daquilo que se teme. Essas preocupações estão próximas do que se chama entre os esportistas ou artistas a "ansiedade da *performance*", cuja angustiante e lancinante questão central é: "Estarei à altura?"

Um de meus amigos psiquiatras, especialista em transtornos de ansiedade, falava humoristicamente de "transtorno *pênico*", em alusão ao transtorno de pânico, para descrever a inquietação muito forte que se apodera de alguns pacientes no momento de uma relação sexual. Sob efeito da liberação sexual, as mulheres estão, elas também, cada vez mais confrontadas a esses medos relacionados a uma boa *performance* sexual ou, ao menos, uma sexualidade dentro do padrão: "Eu tenho orgasmos suficientes? São suficientemente intensos? Será que sou suficientemente *sexy* para meu parceiro?"

Esses medos sexuais correspondem bem aos ingredientes básicos das terapias comportamentais e cognitivas: informação, desculpabilização, confronto progressivo com o parceiro nas situações temidas. A menos, contudo, que estejam associadas a segredos não revelados ao parceiro: perda do desejo por motivo de laços extraconjugais etc.

10.2.7 Medos e fobias raras e atípicas

Percorrendo a literatura sobre os medos e as fobias se irá encontrar uma espécie de *inventário à la Prévert**: existem – de verdade – medos de todo tipo! Pode-se ter medo de bonecas, da neve, de flores, de borboletas, de crucifixos, do êxtase... A relativa raridade desses medos faz com que ainda sejam pouco conhecidos e, exceto nas histórias pessoais dos psiquiatras e dos psicólogos, não há nenhuma possibilidade de se tecer comentários gerais a seu respeito.

Também existem aversões intensas, como a aversão ao barulho provocado pelo giz, quando risca o quadro-negro, ou de uma unha

arranhando uma superfície metálica. Por exemplo, algumas pessoas não suportam o contato da seda ou do algodão: adotam evitamentos categóricos, mas que não obedecem a uma lógica de medo. É, antes, uma forma de desgosto. Também alguns odores, evidentemente, podem provocar verdadeiras sensações de mal-estar: já foram registrados casos de aversão ao perfume de rosas. Também, nesse caso, os estudos existentes são muito raros, mas se sabe que a sensação de aversão, geralmente, está vinculada a certas fobias (de pombos, insetos, sangue) implicadas no medo[270].

Globalmente falando, quanto mais rara ou bizarra é a fobia, mais a pessoa que a possui é prudente! Sobretudo quando o medo se distancia claramente de suas raízes e funções evolutivas lógicas, como afastar-nos de alguma coisa perigosa para nossa espécie. No caso de medos estranhos, é possível que se trate de sintomas pertencentes a esquizofrenias ou a transtornos de personalidade, como os estados limítrofes. Ou ainda, a preocupações bizarras em pessoas "normais", quer se expliquem ou não por sua história pessoal ou familiar.

10.2.8 O tratamento de medos raros

Muitos psicoterapeutas evitavam, antigamente, realizar um trabalho diretamente sobre as fobias, como naquele caso histórico de fobia a bonecas que precisou de quatro anos de psicanálise e, aproximadamente, setecentas horas de divã[271].

Hoje, ao contrário, admite-se que o trabalho direto sobre a fobia, realizado por um terapeuta experiente, capaz de distinguir entre uma fobia verdadeira, que precisa da TCC, e uma pseudofobia, que pode precisar de uma indicação oposta, venha a revelar-se eficaz e fecundo.

10.3 Medos e fobias que são sintomas de outras doenças da ansiedade

Existem medos e fobias associados a praticamente todas as doenças psíquicas: depressão, esquizofrenias etc., mas as mais frequentes nesse contexto, que iremos agora apresentar, pertencem à família das angústias obsessivas.

A ansiedade é a antecipação do medo. Ela vem acompanhada, geralmente, de estratégias de vigilância sobre o ambiente em volta e de múltiplas precauções para tentar impedir a ocorrência dos problemas temidos. Há uma dimensão ansiosa em cada pessoa fóbica: quanto mais a fobia for intensa e o seu objeto estiver presente, mais as obsessões ansiosas serão numerosas. Elas existem em número máximo, por exemplo, na fobia social (é impossível evitar todos os contatos sociais), ou no transtorno de pânico (é impossível prever um mal-estar). São mais moderadas nas fobias a animais ou de altura, pois é mais fácil saber que se está para confrontar com o objeto de seu medo nesses casos. Entretanto, acontece que essas obsessões ansiosas se tornam o problema principal, maior até que o próprio medo, como nas situações que iremos abordar...

Nessas doenças, encontram-se, de fato, medos irracionais de alguma coisa, com tentativas de evitar e confrontar-se. Mas há também ruminações insistentes, às quais se dá o nome de "pensamentos intrusos": a pessoa não consegue se impedir de ficar pensando, frequentemente, repetidamente, no objeto de que tem medo, mesmo quando está longe dele. Da mesma forma, seus medos são mais "ambivalentes" do que nas preocupações de que falamos até aqui: a pessoa sente, por exemplo, ao mesmo tempo um enorme medo de pegar determinada doença – que a incita a *evitar* pensar nela ou ouvir histórias que possam evocá-la, e também uma grande necessidade de *confrontar-se*, para se assegurar e ir verificar, por exemplo, consultando uma enciclopédia ou um médico, no caso dos medos de determinada doença. Diferentemente das "verdadeiras fobias", a solução para o medo, aqui,

não é o simples evitamento, mas a busca de informações e as verificações feitas mais ou menos em forma de ritual.

10.3.1 O medo de micróbios

O que os leigos no assunto chamam de "fobia a micróbios" geralmente costuma ser um TOC, um transtorno obsessivo compulsivo. Nesse caso, os comportamentos fóbicos, como o medo de ser contaminado pela sujeira ou por micróbios, e o evitamento das situações que poderiam levar a isso estão associados a *rituais* de neutralização da angústia: lavações ou verificações, rituais esses que não existem nos "simples" medos e nas fobias.

No tratamento desses "medos de TOC" é preciso fazer com que o paciente se confronte, efetivamente, aos poucos, com aquilo que lhe dá medo, como tocar objetos que considere sujos, ajuntá-los do chão, pôr suas próprias mãos no solo. Mas também será necessário pedir-lhe que não vá, em seguida, fazer seus rituais de lavação[272]. Isso apenas duplicaria o trabalho, tanto do paciente quanto do terapeuta...

10.3.2 O medo de doenças

Podemos nos perguntar se nossa sociedade, tão ávida pela saúde perfeita e pelo risco zero, não está ajudando a provocar mais e mais medos do que antigamente, com relação à doença[273]. De qualquer forma, esse medo reúne pessoas de perfis muito diversificados.

Em uma extremidade, muitas vezes, temos os hipocondríacos: mais do que ter medo de cair doente, essas pessoas estão tomadas por uma ideia obsessiva de que elas *já* têm uma doença grave e os médicos é que ainda não a teriam diagnosticado. Trata-se de um transtorno parecido com o TOC. Como na fobia a micróbios, os comportamentos são mais rituais de verificação (observar-se, apalpar-se, repetir *check ups* e exames médicos, ouvir que está tudo em ordem) do que verdadeiros evitamentos fóbicos (não ir visitar os amigos doentes no hospital). Porém, mais

comum é encontrar-se uma atitude ambivalente: ao mesmo tempo, de *medo* das informações médicas, como as constantes nas enciclopédias, artigos de jornal ou emissões de rádio e televisão ("Se eu descobrir que tenho determinada doença?"), como também de uma irresistível *atração* por essas mesmas informações ("Preciso absolutamente verificar e saber disso").

Na outra extremidade desse tipo de medo de doença encontram-se pessoas mais claramente fóbicas, que temem as doenças e evitam nítida e francamente tudo que possa lembrá-las: conversas sobre a saúde, relatos de doenças, programas de tv, livros, revistas... "Não me fale sobre isso!", dizem elas, geralmente, aos outros, assim que alguém começa a falar da doença de um conhecido. Essas pessoas podem negligenciar gravemente seu estado de saúde, por medo de fazer uma consulta ou ir ao hospital. Os cirurgiões, às vezes, deparam-se com pacientes assim, trazidos quase à força por seus parentes, já com tumores em estágio avançado.

O tratamento desses medos de doença é particularmente delicado, principalmente pelo fato de os pacientes não estarem suficientemente motivados para consultar um "psicólogo". Seja porque estão convencidos de que sua atenção constante é uma coisa boa, seja porque ir a um profissional de saúde, qualquer que seja, para falar de sua saúde, é exatamente o que os amedronta. É uma pena, porque já foram feitos muitos progressos em matéria de psicoterapia das inquietações a propósito das doenças[274].

10.3.3 O medo da morte

Boa parte dos medos de doença também podem se inserir no quadro de um medo obsessivo da morte. Este medo é normal em todos os seres humanos, sendo, inclusive, seu problema principal: sem dúvida, nós somos a única espécie animal claramente consciente de que iremos morrer um dia. Portanto, é vital que, ao mesmo tempo, sejamos capazes de esquecer disso e tocar a nossa vida, e aceitá-la quando as

circunstâncias da existência nos obrigam a lembrar dela. Esta difícil ginástica mental, todavia, não é fácil de realizar para todas as pessoas...

Segundo a bem conhecida mecânica da ansiedade, algumas pessoas procuram evitar as representações ou as evocações da morte. É a dimensão fóbica da ansiedade: evitar entrar em ou passar perto de cemitérios, ver um funeral passando ou o olhar para as vitrines de uma agência funerária, ler necrologias nos jornais, escutar no rádio canções de cantores falecidos etc. Mas, por outro lado, esses indivíduos são literalmente obcecados pela ideia de que a morte levará, um dia, a eles próprios ou aos seus próximos. Dessa forma, eles podem se apegar a um comportamento muito preventivo: fazer e refazer exames médicos, ser superprotetores para com seus filhos, desenvolver um leque de rituais mágicos ou religiosos para proteger-se da má sorte.

Eis um belo relato dos esforços empreendidos durante uma terapia, redigido por uma paciente que sofria de tal medo de morte[275].

> Por muito tempo, eu queria não morrer. De onde vinha essa angústia? Não sei dizer. Mas, desde a idade de 7-8 anos, lembro-me que eu, logo de manhãzinha, ia até o quarto dos meus pais para ter certeza de que eles ainda estavam vivos.
>
> Durante anos este medo da morte foi relativamente administrável. Ele se fixava, por exemplo, sobre tudo que tinha cor preta: roupas, imagens e até a letra dos jornais. Tocar algo preto era como tocar a morte. Eu me recusava, inclusive, a ouvir palavras relacionadas à morte, como sepultura, cemitério etc. Se alguém me dissesse: "Você está com cara de enterro, hoje", isso fazia logo com que a angústia me invadisse. Assim era com tudo aquilo que diz respeito à morte, direta ou indiretamente. Por isso, de uma maneira ou de outra, eu tentava evitar confrontar-me diretamente com tudo que se aproximava de minha fobia. Até a morte da Lady Di, em agosto de 1997. O fim trágico e brutal daquela mulher jovem e irradiante traumatizou-me. A barragem que, pouco a pouco, eu havia levantado para enfrentar meus medos, de repente, caiu por terra.
>
> Mudar de calçada para evitar uma loja de artigos funerários, tudo bem, mas não ser capaz de descer às estações de metrô Père-Lachaise ou Denfert-Rochereau por causa da proximidade dos cemitérios locais, ou negar-me a atravessar uma rua onde havia um Mercedes preto como o de Diana, isso equivalia a aceitar que minha vida se tornasse um manto de infelicidade e que meu medo da morte acabasse por impedir-me de viver. Como um câncer no espírito, estendendo ramificações para todo lado, a angústia usava todos os caminhos possíveis para sufocar-me. Então, eu decidi

começar uma terapia comportamental e cognitiva. Meu objetivo era simplesmente permitir-me viver, apesar de meus medos.

A primeira boa notícia foi quando o terapeuta me mostrou que eu não sou um bicho raro, e que outras pessoas sofrem do mesmo medo. A segunda boa notícia: isto pode ser tratado! E assim, eis-me confiante para começar pelas sessões de relaxamento, que me ajudarão a centrar-me e aprender a lidar, nas emergências, com meus ataques de pânico. Num segundo momento, meu terapeuta me pediu para listar todas as situações que me angustiam para que, ao meu ritmo, eu possa enfrentá-las com ajuda dele. Minha lista, portanto, vai de beber uma bebida chamada "morte súbita" a "entrar num cemitério".

Meu primeiro exercício, que precisou de cinco meses de sessões, consistiu em ler, serenamente, as páginas necrológicas dos jornais. Isto foi feito em etapas sucessivas: primeiro o terapeuta começou lendo-as para mim, em voz alta; depois, eu mesma passei a abrir o jornal nas referidas páginas; depois, li os anúncios; então, passei a lê-los sozinha, em voz alta; em seguida, escrevi meu nome nessas páginas; por fim, jogar fora o jornal... A cada etapa superada, eu percebia, nos dias seguintes, que não acontecia nada de grave, que falar da morte não fazia com que ela viesse, e que eu podia escrever "eu vou morrer", sem morrer.

Em seguida, no nível das experiências fortes, houve a visita ao cemitério de Montparnasse, num dia de inverno. Eu não olhava nada, nem um túmulo sequer, nem um nome. De medo, eu me recusava a deixar o grande corredor central e passar aos menores, onde podia dar de cara com um túmulo. Na segunda vez, consegui parar diante dos jazigos e decifrar, em alta voz, os nomes e as datas. Quando meu terapeuta me pediu para retirar as folhas mortas de cima de um túmulo, meu primeiro impulso foi de recusa. Evidentemente, acabei fazendo-o, primeiro pegando as folhas uma por uma, sem tocar na lápide; depois, plenamente à vontade.

Mas o verdadeiro estalo, sem dúvida, veio de pessoas que eu observei no cemitério: algumas o atravessavam para ir trabalhar, outras levavam flores para colocar sobre uma tumba; havia as mães que passeavam com os filhos nos carrinhos, dois adolescentes comendo um sanduíche num banco... a vida e a morte entrelaçadas. Tocando no assunto com meus amigos, eu soube que, para muitos, os cemitérios são lugares tranquilos, agradáveis, onde é possível refazer-se.

Hoje, depois de três anos de terapia, posso dizer que venci meu medo. Domesticar a morte ajudou-me a aproveitar melhor a vida. Antes, eu ruminava o passado e me angustiava diante do futuro: com isto não sobrava nenhum espaço para o presente. Hoje, já entendi que é preciso saber desarmar-se para aceitar o inevitável: eu vim ao mundo para deixá-lo para trás, um dia.

É assim que as terapias oferecem não apenas mais bem-estar, como também sabedoria. Foi Corneille que disse em *Le Cid*: "Quem não teme a morte, não teme os perigos".

10.3.4 A dismorfofobia, ou medo de ter que carregar um defeito em sua aparência física

Do grego *dys* (“falta”, “mau estado”, “transtorno”) e *morphos* (“forma”, “aparência”), esse termo designa as preocupações excessivas com sua aparência física, em pacientes convencidos, geralmente sem razão, de serem portadores de um defeito físico. Às vezes, essas preocupações podem chegar a ser uma convicção de possuir um cheiro desagradável.

As pessoas dismorfofóbicas sofrem com ruminações obsessivas a respeito de sua feiura ou de suas supostas desgraças. Elas passam muito tempo tentando dissimular os defeitos físicos que acreditam ter recorrendo à maquiagem, cortes de cabelo, complexas escolhas sobre roupas que poderiam disfarçar tal coisa. Elas podem dedicar-se a manobras socialmente bastante complicadas para ficarem sentadas à mesa de maneira a apresentar seu perfil bom aos vizinhos. Ao longo do dia, esses pacientes realizam longas e inquietas averiguações de seu aspecto físico em espelhos e quaisquer superfícies refletoras, como as vitrines. Outras vezes, ao contrário, acontece de detestarem de tal modo sua imagem que não suportam nenhuma foto nem espelhos em casa. Evitam de se olhar quando vão ao cabeleireiro, se é que chegam a ir. Pois, evidentemente, também na dismorfofobia se recorre a vários evitamentos em função dos complexos vivenciados: não usar roupas ajustadas, nunca vestir um maiô, nunca ser vista nua ou só ter relações sexuais no escuro, não sair sem se maquiar.

Por exemplo, Luís, um de meus pacientes, não tinha nenhum espelho em casa, nem parava jamais diante de uma vitrine, nem diante de espelhos em restaurantes. Comprava suas roupas apenas por correspondência, para evitar o sofrimento de ficar experimentando as peças diante dos espelhos, e nunca se deixava fotografar nem filmar. Detestava sua aparência física, sobretudo seu rosto, que considerava repulsivo (evidentemente, um juízo falso) e suas pernas, que ele achava muito curtas e curvadas. Os únicos momentos em que ele se olhava era

quando estava deprimido, mas nesse caso era para se maltratar, deixando-se envolver pela contemplação morosa de sua "horrível" aparência física durante horas.

O tratamento de Luís não foi nada fácil. Naturalmente, é totalmente inútil tentar tranquilizar tais pacientes quanto ao caráter aceitável de sua aparência física. Isso não funciona. Atualmente, pacientes assim são tratados por técnicas comportamentais, num primeiro momento, com dois objetivos: de um lado, ajudá-los a ser mais tolerantes com relação à sua suposta feiura e, por outro, fazer com que retomem uma vida normal[276]. Uma vez que esta etapa esteja vencida, inicia-se, pouco a pouco, um processo de reconciliação real deles consigo mesmos. Porque, além dos problemas que eles têm com seu corpo, geralmente também possuem grandes defasagens com sua autoestima. No caso de Luís, eu o expus durante diversas sessões à sua própria imagem num grande espelho. Depois, pedi-lhe que fosse a uma piscina perto de sua casa e não fizesse como das outras vezes: em vez de esperar até o último momento para largar sua toalha e precipitar-se na água, pedi-lhe que andasse em volta da piscina a pé, vestido apenas com seu traje de banho. Em seguida, ele participou de uma terapia de grupo sobre autoestima, organizada por dois de meus colegas psicólogos. Passados dois anos com essas diversas ações terapêuticas, Luís já vivia bem mais satisfatoriamente consigo mesmo. Como ele me dizia, então: "Eu não me adoro, mas me suporto. Já é alguma coisa..."

Nos casos mais agudos, ou os menos capazes de se envolver numa terapia, prescreve-se um antidepressivo serotoninérgico que, geralmente, acalma e regula as emoções negativas ligadas à autoimagem. Alguns estudos controlados têm confirmado sua eficácia[277].

10.3.5 Os medos de cometer um ato impulsivo

Esses medos costumam ser causa de muita confusão. Consistem no receio obstinado de cometer, brutalmente, sem poder controlar, um ato

contrário a suas convicções, seu valores, seus sentimentos: para uma mãe, atirar seu filho janela abaixo; apunhalar uma pessoa próxima com uma faca de cozinha tirada da gaveta; insultar, sem motivo algum, alguém que se ama e respeita...

Esses medos de perder o controle de si, chamados ainda "fobias da impulsividade", geralmente também pertencem ao âmbito dos TOC.

Mas podem existir, também, de forma isolada, uma vez ou outra, em todo ser humano. Eles podem ser causados pela conjunção de um pouco de fadiga com circunstâncias facilitadoras, como passar perto da janela com um bebê no colo, ver uma pessoa próxima virar-se de costas para nós quando se tem uma faca de cozinha nas mãos para preparar a carne...

Evidentemente, acontecendo no contexto do TOC ou de maneira passageira, esses medos nunca se transformam em ação. Permanecem sempre no estado de impulso, tanto mais absurdo ainda por serem ilógicos. Pensar em dar uma facada em seu cônjuge quando se acaba de discutir com ele e se tem uma faca nas mãos depende, até, de uma certa "lógica", embora isso não seja, evidentemente, recomendável. Esses pensamentos agressivos, portanto, são menos desequilibrados num contexto de conflito, embora sejam desproporcionais, do que se sobrevierem num momento em que o cônjuge acaba de lhe fazer um carinho passando por você, e que tudo está bem entre vocês...

Há poucos dados disponíveis sobre o tratamento dessas fobias de impulsos. O que podemos é considerar necessário que, em determinado momento, a pessoa aceite expor-se às situações que ela teme, por exemplo, manejar uma faca na presença de alguém que se ama, para verificar que, apesar das ideias malucas que podem afluir, não se irá apunhalá-la. Ou então, ficar ao lado de uma pessoa inclinada do alto de uma janela: aí, igualmente, embora imagens assustadoras possam nos passar pela cabeça, como vermo-nos empurrando a pessoa para o vazio,

isso não acontecerá. Não se trata de gostar do risco, mas simplesmente porque nunca na memória da psicologia viu-se tais fobias de impulsos se realizarem...

Tais fobias de impulsos servem, ademais, como boa ocasião para lembrar que, diante dos verdadeiros perigos, das verdadeiras ameaças, há, finalmente, pouca diferença de comportamento entre os fóbicos e os não fóbicos. Contrariamente ao que eles acreditam, os fóbicos podem se comportar normalmente e, inclusive, de forma corajosa diante de um problema real e *atual*. É apenas diante da *possibilidade* do perigo que eles têm, claramente, menos desenvoltura...

10.4 Podemos concluir a abordagem dos medos e das fobias?

Se você é telofóbico, do grego *telos*, fim, esta é a parte mais difícil deste livro...

Ao final deste breve *tour* panorâmico do mundo dos medos, não faremos nenhum "elogio da fobia". Se os medos normais possuem a virtude da adaptação para o indivíduo como para a espécie, os medos excessivos e as fobias não têm nenhuma virtude. Eles representam um sofrimento e um *handicap* para quem é vítima deles. Por muito tempo considerados como transtornos inofensivos e raros, na verdade, eles são frequentes e paralisantes, como demonstrado pelos estudos mais recentes.

As descrições bastante precisas dos diferentes tipos de medos excessivos, de seus mecanismos e seus tratamentos, que o leitor pôde descobrir neste livro, não devem, por outro lado, levar a esquecer que os pacientes fóbicos não são apenas portadores de sintomas, mas também pessoas humanas, que sofrem, que têm uma história na qual o medo ocupa um lugar. Se a cura passa obrigatoriamente pelo desaparecimento dos sintomas de medo emocionais, psicológicos, comportamentais, ela também irá desembocar em novas maneiras de viver, de novas formas de perceber o mundo. O papel dos terapeutas é, também, ajudar seus

pacientes a se adaptarem a esses novos equilíbrios, pois os medos excessivos induzem tudo a um conjunto de hábitos nocivos, nem sempre fáceis de abandonar... As terapias, mesmo que rigorosamente conduzidas e reguladas, são sempre encontros entre pessoas, em que se realiza uma complexa alquimia relacional. Mas esta aliança terapêutica terá apenas uma eficácia limitada se a terapia não se apoiar em bases científicas sólidas, cuja eficácia precisa ser regularmente avaliada.

Os conhecimentos sobre os medos progrediram significativamente nos últimos anos. Contudo, muitos estudos ainda são necessários para se trazer à tona o conjunto de todos os seus mecanismos. Mas os trabalhos não devem ater-se apenas aos medos já estabelecidos. É preciso, por exemplo, que sejamos capazes de ajudar melhor as crianças com elevada vulnerabilidade fóbica a não chegarem a desenvolver os transtornos. Também devemos compreender melhor o que procuram e o que sentem as pessoas que assistem a filmes de terror, ou aquelas que adoram entrar nos castelos do terror ou em trens fantasmas nas festas populares. Sem dúvida, buscam o prazer de experimentar o domínio de medos controlados e limitados. Será que essas doses de pavor são indispensáveis à nossa época, tão obcecada pelo risco zero? E tantas outras constatações de que esse bom e velho sistema de alarme, que é o medo, continua em pleno funcionamento... Também poderíamos aprender muitas coisas sobre o medo analisando a psicologia, não apenas dos "fóbicos", mas também a dos "fílicos": Será que as pessoas que criam caranguejeiras em seu quarto, aquelas que se dedicam compulsivamente a escalar paredes e montanhas e as que gostam de saltos com elásticos não têm pontos em comum com os aracnófobos ou os acrófobos? Todos eles, sem dúvida, apresentam a mesma ativação emocional diante de certos estímulos, mas optam por estratégias diferentes: confrontação em vez de evitamento, domínio em vez de renúncia... Compreender melhor tudo isso nos ajudará, com certeza, a tratar melhor os medos excessivos e as fobias.

259. GIL, R. *Neuropsychologie*. Paris: Masson, 2000, p. 256-257.

260. SIDIKI, S.S. et al. Fear of the dark in children: is stationary night blindness the cause? *British Medical Journal*, 326, p. 211-212, 2003.

261. HEINRICHS, N. et al. Cognitive-behavioral treatment for social phobia in Parkinson's disease. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, p. 328-335, 2001.

262. SCHNEIER, F.R. et al. Characteristics of social phobia among persons with essential tremor. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, p. 367-372, 2001.

263. SCHMIDT, A.J.M. Does mental kinesiophobia exists? *Behaviour Research and Therapy*, p. 1.243-1.249, 2003.

264. JUGON, J.C. *Phobies sociales au Japon*. Paris: ESF, 1998.

265. McKEE, D. *Encore toi, Isabelle?* Paris: L'École des Loisirs, 1994.

266. BRANDT, T. Phobic postural vertigo. *Neurology*, 46, p. 1.515-1.519, 1996.

267. LARSON, G. *It came from the farsife*. Londres: Futura, 1986.

268. HOFBERG, K. et al. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 176, p. 83-85, 2000.

269. POUDAT, F.X. *Mieux vivre sa sexualité*. Paris: Odile Jacob, 2004.

* Expressão originada a partir do inventário do famoso poeta francês Jacques Prévert, que relaciona todo tipo de objetos sem correlação entre uns e outros [N.T.]

270. TSAO, S.D.; McKAY, D. Behavioral avoidance tests and disgust in contamination fears: distinctions from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 42, p. 207-216, 2004.

271. RANGELL, L. The analysis of a doll phobia. *International Journal of Psychoanalysis*, 33, p. 43-53, 1952.

272. SAUTERAUD, A. *Je ne peux pasm'arrêter de laver, vérifier, compter*. Paris: Odile Jacob, 2000.

273. LEJOYEUX, M. *Vaincre sa peur de la maladie*. Paris: La Martinière, 2002.

274. ASMUNDSON, N. *Health Anxiety – Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis*. Nova York, Wiley, 2001. • McCABE, R. et al. Challenges in the assesment and treatment of health anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, p. 102-123, 2004.

275. Deixo meu agradecimento especial à jovem que me permitiu reproduzir aqui seu relato, e à revista *Psychologies*, onde ele foi inicialmente publicado, e que me autorizou a inseri-lo neste livro. Cf. *Psychologies*, 224, p. 132-134, 2003.

276. PHILLIPS, K.A. *The Broken Mirror: Understanding and Treating the Body Dysmorphic Disorder*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

277. PHILLIPS, K.A. et al. Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, p. 165-171, 1998.

Conclusão

Coragem eu não tenho nenhuma, mas eu ajo como se tivesse; o que, no fundo, dá na mesma.
Gustave Flaubert

Quando se fala de medo, inevitavelmente se fala de coragem, uma das virtudes mais universalmente admiradas, em todos os lugares e em todos os tempos. Será que ter medo é ter falta de coragem?

Acredito que isto, muitas vezes, é falso. Em todo caso, estou convencido de que é somente quando nos confrontamos com o medo que podemos dar provas de coragem. É por isso que eu estimo muito meus pacientes, todas essas pessoas que tinham tanto medo e cujas histórias vocês conheceram neste livro. Eles se batem contra um inimigo interior, invisível, escondido dentro de si e, contudo, capaz de apavorá-los mais do que qualquer outro inimigo, fazê-los considerar verdadeiro algo que é apenas ilusório. Além disso, eles travam sua batalha no silêncio: Esse inimigo, quem além deles o vê? Esse medo, quem experimenta? Então, se dar prova de coragem é agir apesar do medo, como dizem os filósofos, então, sim, essas pessoas são corajosas[278].

Esta coragem lhes permite viver esse momento, verdadeiramente um dos momentos de graça da psicoterapia: o momento em que sentem que recomeçaram a avançar, em que param de recuar ou estagnar-se diante do medo. O instante em que alcançam sua primeira vitória, quando, desta vez, não foram eles que recuaram, mas foi o medo que enfraqueceu, desgastado pela resistência deles. O medo retornará, mas eles resistirão novamente. A partir desse momento, essas pessoas se tornam "progredintes", como se chamavam os filósofos da

Antiguidade[279]: seres humanos que progridem, para quem o cotidiano é um campo de treinamento, para quem a vida torna-se novamente o lugar onde se aprende e se enriquece, e cessa de ser uma sucessão triste de precauções, renúncias, derrotas. A partir desse momento, tudo muda: então, é possível fazer as pazes com seus medos, viver inteligentemente com eles, escutá-los, inclusive, por que não? Pois já não é preciso obedecê-los...

E depois, quando se está curado de seus medos excessivos? Então, é o fim da história para o terapeuta e o começo de uma outra história, bem mais interessante ainda, para o paciente. Pois lutar *contra* seus medos, obviamente, é lutar, na verdade, *por* sua liberdade. E cabe a cada um fazer o que quiser com essa liberdade de movimentos e pensamentos reconquistada. Então, tudo é possível, pois, como observava Montesquieu, "A liberdade é aquilo que permite gozar dos outros bens..."

---

278. LACROIX, M. *Le Courage réinventé*. Paris: Flammarion, 2003.

279. JOLLIEN, A. *Le Métier d'homme*. Paris: Seuil, 2002.

Anexos

1 Livros e sites para mais informações

Livros sobre os diferentes tipos de medos e de fobias

Medos e fobias específicas

DENTAN, M.-C. *Vaincre sa peur en avion*. [s.l.]: Denoël, 1997.
SIMPÈRE, F. *Vaincre da peur de l'eau*. [s.l.]: Marabout, 1998.
ZUMBRUNNEN, R. *Pas de panique au volant*. [s.l.]: Odile Jacob, 2000.
ZUMBRUNNEN, R.; FOUACE, J. *Comment vaincre la peur de l'eau et apprendre à nager*. [s.l.]: De l'Homme, 1999.

Medos sociais

ANDRÉ, C.; LÉGERON, P. *La Peur des autres – Trac, timidité et phobie sociale*. [s.l.]: Odile Jacob, 2000.
CHNEIWEISS, L.; TANNEAU, É. *Maîtriser son trac*. [s.l.]: Odile Jacob, 2003.
CUNGI, C. *Savoir s'affirmer*. [s.l.]: Retz, 1996.
FANGET, F. *Affirmez-vous!* [s.l.]: Odile Jacob, 2000.
FANGET, F. *Oser – Thérapie de la confiance em soi*. [s.l.]: Odile Jacob, 2003.
MAQUERON, G.; ROY, S. *La Timidité – Comment la surmonter*. [s.l.]: Odile Jacob, 2004.

Medos de tontura, transtorno de pânico e agorafobia

ÉMERY, J.-L. *Surmonter vos peurs – Vaincre le trouble panique et l'agoraphobie*. [s.l.]: Odile Jacob, 2000.
MARCHAND, A.; LETARTE, A. *La Peur d'avoir peur*. [s.l.]: Stanké, 1993.

PEYRÉ, F. *Faire face aus paniques*. [s.l.]: Retz, 2002.

Inquietações obsedantes e TOC (Transtorno obsessivo compulsivo)

COTTRAUX, J. *Les Ennemies intérieurs*. [s.l.]: Odile Jacob, 2000.
LAMAGNÈRE, F. *Peurs, manies et idées fixes*. [s.l.]: Retz, 1994.
SAUTERAUD, A. *Je ne peux pas m'arreter de laver, vérifier, compter. Mieux vivre avec un TOC*. [s.l.]: Odile Jacob, 2000.

Inquietações generalizadas

LADOUCER, R. *Arrêtez de vous faire du souci pour tout et rien*. [s.l.]: Odile Jacob, 2003.
MOLLARD, É. *La Peur de tout*. [s.l.]: Odile Jacob, 2003.
SERVANT, D. *Soigner le stress et l'anxieté par soi-même*. [s.l.]: Odile Jacob, 2003.

Todos os medos e fobias juntos

APFELDORFER, G. *Pas de panique!* [s.l.]: Hachette, 1986.
STERN, R. *Maîtriser ses phobies*. [s.l.]: Marabout, 2000.

Medos e fobias em crianças

GARBER, S. *Les Peurs de votre enfant*. [s.l.]: Odile Jacob, 2000.

Livros sobre meditação e relaxamento

CONGI, C.; LIMOUSIN, S. *Savoir se relaxer*. [s.l.]: Retz, 2003.
HANH, T.-N. *Le Miracle de la pleine conscience – Manuel pratique de méditation*. [s.l.]: L'Espace Bleu, 1994.

Livros sobre os mecanismos de origem dos medos e das fobias

ARON, E. *Ces gens qui ont peur d'avoir peur*. [s.l.]: Del'Homme, 1999.
LeDOUX, J. *Neurobiologie de la personalité*. [s.l.]: Odile Jacob, 2004.

Sites

Adaa: Anxiety Disorders Association of America (Associação Americana de Distúrbios da Ansiedade)

Associação americana de pacientes que sofrem de fobias e outros distúrbios ansiosos. Disponível em: adaa.org

Afta: Association Française des Troubles Anxieux (Associação Francesa de Transtornos da Ansiedade)

Sociedade científica que reúne um grupo de especialistas em transtornos da ansiedade e em fobias. Documentos pedagógicos para o público em geral. Disponível em: www.afta.anxiete.org

AFTCC: Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (Associação Francesa de Terapia Comportamental e Cognitiva)

Associação de terapeutas que utilizam as terapias comportamentais e cognitivas (TCC), os métodos psicológicos mais eficazes para o tratamento de medos excessivos e de fobias. Informações para o público em geral. Disponível em: www.aftcc.org

Aftoc: Association Française des Troubles Obsessionnels-compulsifs (Associação Francesa de Transtornos Obsessivo-compulsivos)

Associação de pacientes que divulga informações úteis a pessoas que sofrem de TOC ou a seus familiares e amigos. Disponível em: club-internet.fr/aftoc

Alaphobie

Site com informações e atividades de desenvolvimento pessoal para pessoas que sofrem de fobias de maneira isolada. Disponível em: alaphobie.com

Ataq: Association des Troubles Anxieux du Québec (Associação dos Transtornos da Ansiedade do Quebec)

Associação quebequense de pacientes e profissionais que divulga informações sobre todos os transtornos de ansiedade. Disponível em:

ataq.org
Mediagora
Associação de pacientes que divulga informações úteis a pessoas que sofrem de transtornos de pânico, agorafobia ou fobia social. Disponível em: mediagora.free.fr
Phobies Zéro (Fobias Zero)
Associação quebequense de pacientes que apresenta informações sobre as fobias. Disponível em: phobies-zero.qc.ca

2 Exercícios de relaxamento e de meditação para pessoas que sofrem de medos excessivos ou de fobias

O relaxamento e a meditação são ótimos recursos no tratamento de seus medos. Mas não devem ser utilizados sozinhos: terão pouca utilidade para fazer seus medos recuarem de maneira permanente se não forem associados aos esforços de confrontação com as situações e de distanciamento psicológico que abordamos neste livro. Mas, por outro lado, eles lhe ajudarão a realizar esses esforços com mais facilidade.

Relaxamento e meditação, ao menos no começo, não impedirão que o medo apareça, nem terão o poder de fazê-lo desaparecer. Eles não são instrumentos para tratamento, mas para prevenção. O relaxamento ajudará você a controlar, pouco a pouco, este estado de tensão crônica, ligado à antecipação ou à ruminação de seus medos, que geralmente acontece inconscientemente. A meditação lhe ensinará a desenvolver uma relação mais serena com seus medos, e a não ficar mais impressionado, intimidado e assustado com eles.

O relaxamento e a meditação precisam ser praticados regularmente para apresentar resultado. Portanto, mais vale 5 minutos todo dia do que meia hora uma vez por semana. Não espere resultados imediatos e espetaculares. No começo, como é com tudo que se aprende, os resultados serão modestos. Depois, eles se tornam mais claros e sensíveis. Contudo, sempre haverá dias melhores e dias piores: há os

momentos em que, embora queiramos e sintamos a necessidade, é difícil se relaxar, meditar, aquietar-se. Nesses casos, é preciso aceitar as evidências: nem nosso corpo nem nossa mente são máquinas. Então é preferível dar-se como objetivo *aproximar-se* da calma, em vez de *querer atingi-la* totalmente. Da mesma forma que, se você sofre de insônia, pode utilizar esse método, não para dormir (já que não se pode comandar o sono), mas aproximar-se do sono e, ao menos, conviver com a insônia da maneira mais tranquila possível. Porque, depois de ter utilizado o relaxamento e a meditação na cura de seus medos, é provável que você continue a recorrer a isso como meio de melhorar seu bem-estar cotidiano em todas as suas dimensões.

2.1 Exercícios de relaxamento

O que é relaxamento

O relaxamento tem por objetivo induzir um estado de distensão física. No princípio, a partir de exercícios voluntários, como um treinamento deliberado. Em seguida, de maneira quase automática: uma vez preparados para isso, seu corpo e seu espírito serão capazes de funcionar no piloto automático. Cada vez que começar a ficar agitado ou a se enrijecer mais do que o necessário, seus reflexos automáticos lhe lembrarão da necessidade de diminuir um ponto em seu estado de ativação, física ou emocional. A ideia básica do relaxamento não é ficar perfeita e totalmente calmo diante de toda e qualquer circunstância estressante da vida, mas de ficar o máximo possível: Como fazer o que se precisa fazer, enfrentar o que se precisa enfrentar permanecendo relaxado o máximo possível? Certamente, existem diversos métodos de relaxamento. Nós faremos aqui uma descrição aproximada do método mais antigo e mais praticado: o treino autógeno[280].

Utilidade do relaxamento diante dos medos

No que diz respeito à luta contra os medos excessivos, o relaxamento apresenta inúmeros benefícios: diminuir o nível de tensão corporal crônica que, geralmente, está associado aos medos; preparar-se para enfrentar algumas situações causadoras de medos muito intensos; facilitar a recuperação emocional sucessiva.

Modalidades práticas de relaxamento

O relaxamento pode ser praticado na posição sentada ou alongada. É mais fácil, num ambiente calmo, com os olhos fechados. Mas pouco a pouco é desejável poder praticá-lo em qualquer lugar, mesmo dentro de um ônibus ou no escritório, e de olhos abertos.

Você irá utilizar o relaxamento em três diferentes contextos:

- O *relaxamento de prevenção*: em forma de pequenos exercícios rápidos, de alguns segundos a alguns minutos, esse "minirrelaxamento" se destina a economizar você e fazer com que se distenda ao longo de todo o dia. Esses exercícios devem ser praticados no ambiente da vida diária e consistem, primeiro, em verificar se você está instalado o mais confortavelmente possível em cada situação em que se encontra, e, depois, em relaxar os músculos da nuca e dos ombros. Isto se pode fazer com os olhos abertos, até enquanto o semáforo está vermelho, se estiver dirigindo, entre um telefonema e outro, se estiver na empresa;
- O *relaxamento de preparação*: antes de enfrentar uma situação que lhe inspira temor, para limitar ao máximo possível a intensidade das reações físicas de medo. É inútil pretender ficar relaxado nessas circunstâncias: o objetivo é, antes, limitar as tensões e lembrar você que é útil não piorar as coisas ficando alvoroçado e se atirando nas garras do pânico. Esses exercícios não devem ser muito demorados: você sentirá que, depois de certo tempo, é hora de parar, pois você não

conseguirá relaxar mais do que aquilo, considerando o que está para enfrentar. Com isto, você já terá preparado bem o confronto;

• O *relaxamento de recuperação*: depois de uma confrontação com seus medos, ou após o cansaço de um dia de trabalho. Esses exercícios são, tradicionalmente, mais longos do que os precedentes. Também são mais fáceis, porque eles não têm por fim fazer recuar o medo, mas lhe proporcionar um estado recuperador de conforto e afrouxamento. São exercícios prolongados e igualmente importantes, porque lhe permitem aprofundar seu domínio na arte de relaxar. Isto lhe será útil diante dos medos: semana após semana, mês após mês, o costume fará com que seja automático. Não esqueça que é muito provável que esta prática regular modifique, aos poucos, sua arquitetura cerebral e todo o circuito de sinapses implicadas no desencadeamento das reações de medo.

Exemplo de exercício de relaxamento

Eis uma descrição simples de uma sessão de relaxamento. Não se preocupe em sabê-la de cor. No começo, pratique algo *semelhante a isso*, afinal, o espírito é mais importante do que a letra! Releia o texto várias vezes, adapte-o com suas próprias palavras, de acordo com suas próprias necessidades. Com o tempo, o exercício será assimilado tranquilamente por sua mente. Você também pode gravá-lo, ou utilizar alguma gravação vendida em livrarias ou lojas de discos.

Não se esqueça: mais valem alguns poucos minutos cada dia do que uma hora inteira uma só vez por semana. E não espere que esses exercícios lhe proporcionem desde o começo um estado de profunda distensão.

Estou posicionado(a) confortavelmente, de olhos fechados...

Procuro estar tão calmo(a) e relaxado(a) quanto possível...

Minha atenção se afasta de todo barulho vindo de fora e dos pensamentos que me vêm espontaneamente à mente.

Deixo esses barulhos externos e esses pensamentos divagarem por minha consciência. Não procuro eliminá-los, nem controlá-los ou impedi-los. Mas também não deixo-me segui-los. Deixo esses barulhos e esses pensamentos entregues a si mesmos.

É como se eu cuidasse de um restaurante de hotel: cada hóspede é livre para entrar e sair, e sentar-se onde bem lhe aprouver.

Eu me ocupo apenas de manter minha atenção naquilo que estou fazendo neste momento: deixando instalar-se, docemente, um estado de relaxamento em mim...

Inspiro profundamente várias vezes

Eu deixo minha respiração tomar seu ritmo, calmamente, tranquilamente, lentamente.

Sinto bem no meu nariz e em minha garganta a sensação de ar fresco que estou inspirando e do ar morno que ponho para fora...

Sinto igualmente, a cada expiração, que todo meu corpo se relaxa mais um pouco...

É como se eu estivesse expelindo minhas tensões para fora de mim... *Minha respiração está calma e tranquila...*

Agora vou passar todo o meu corpo em revista para verificar se ele está totalmente relaxado...

Estou sentindo meus pés: meus dedos, a planta dos meus pés, a parte de cima dos meus pés. Sinto meus tornozelos e a parte de trás das minhas pernas, meus joelhos e os músculos das minhas coxas. Sinto meus quadris e minhas nádegas, meu baixo-ventre e minha barriga. Sinto meus rins e minhas costas, meu peito...

Estou sentindo bem minha respiração tranquila. Sinto que a cada expiração todo o meu corpo vai ficando um pouco mais relaxado...

Deixo ficarem bem distensos também os meus ombros e a minha nuca...

Deixo distenderem-se meu queixo e minhas bochechas, minha fronte e minhas pálpebras... *Agora estou muito calmo(a) e relaxado(a)...*

A partir desse momento irei sentir, na altura dos braços, aparecer uma sensação cada vez maior e mais agradável de gravidade e peso* que se irá instalar aos poucos em ambos os meus braços...

Depois, também nas minhas pernas...

Depois, em todo o meu corpo.

Todo o meu corpo está agradavelmente grave e pesado...

Estou perfeitamente calmo(a) e relaxado(a)...

Neste momento irei sentir, no centro de meu ventre, na altura do plexo solar, o aparecimento de uma sensação progressiva de um agradável calor...

Sensação de calor agradável, que aumenta a cada expiração...

Meu plexo solar está agradavelmente aquecido...

Eu estou totalmente calmo(a) e relaxado(a)...

Quando desejo terminar o exercício, respiro mais uma ou duas vezes profundamente, distendo, lentamente, todo o meu corpo, os braços, as pernas, depois abro os olhos.

2.2 Exercícios de meditação

O que é meditação

A meditação se definia, tradicionalmente, no Ocidente, como uma reflexão prolongada e profunda sobre algum assunto; era assim, por exemplo, que a entendia Descartes. Hoje, a definição de meditação, obviamente, se inspira na tradição oriental, e remete a um estado particular de consciência, que une apaziguamento físico baseado na

postura e na respiração, controle da atenção e lassidez no nível psicológico, desapego e aceitação diante dos pensamentos e emoções negativas... Em suma, um estado bastante complexo. Mais ainda considerando que inúmeras tradições filosóficas e religiosas têm seus próprios modelos e perseguem seus próprios objetivos com a meditação: aproximar-se de Deus, da Verdade, da Serenidade... Aqui, nós falaremos principalmente do método de meditação atualmente mais utilizado no seio da comunidade científica de psicologia: a *consciência alerta*, ou *mindfullness*[281].

Utilidade da meditação para enfrentar os medos

No âmbito da luta contra os medos excessivos, a meditação é preciosa por diversas razões: ela permite habituar-se com a própria ideia de sentir medo; ajuda a encarar seus medos de frente; ela permite tomar distância, aos poucos, das emoções negativas que se somaram ao medo, tais como o medo de ter medo, a vergonha, a revolta...

Modalidades práticas da meditação

O estado mental visado pela meditação do tipo "consciência alerta" consiste em dois elementos: focalização tranquila da atenção, aceitação daquilo que nos habita e nos rodeia. Trata-se, simplesmente, de "estar aí", com o corpo calmo e o espírito em paz, sem buscar pensar, julgar, "fazer" coisa alguma. Atenção, a meditação, contudo, também não é uma prática puramente mental; ela utiliza bastante também a respiração e as posições corporais. Por isso, considera-se a aprendizagem de alguma técnica de relaxamento uma ajuda indispensável.

Grosso modo, é possível começar a treinar a meditação através das seguintes grandes fases:

- *Instalação*: escolha uma posição confortável. Tradicionalmente, recomenda-se aos ocidentais a posição ajoelhada, de preferência com

um pequeno banquinho de meditação, ou uma almofada, para apoio das nádegas. Instale-se na frente de uma janela ou de uma parede, na frente de alguma coisa sobre o que possa pôr sua atenção: o horizonte, um objeto, um quadro, qualquer coisa que encontrar. Faz-se esse treinamento, geralmente, de olhos abertos, para poder fixar a atenção nesse objeto. Mas você pode fechá-los de tempos em tempos. Você deve poder ficar isolado(a) durante o tempo de sua meditação: nada de idas e vindas de pessoas naquele espaço, nada de telefone tocando, se possível. Isolado(a), mas não distante do mundo; é inútil tentar encontrar o silêncio total ou a calma absoluta em redor de você: isto, em geral, não existe em nossas sociedades e, pelo contrário, aprender a meditar no meio do movimento da vida irá representar um ótimo exercício;

• *Respiração e relaxamento*: comece respirando e se relaxando através de uma ou duas inspirações profundas. Depois deixe que sua respiração adquira um ritmo calmo. Para conseguir isso, você pode fazer desta maneira: conte de um a cinco ao inspirar, faça uma pausa no seis, depois conte de um a cinco ao expirar, faça uma pausa no seis, e assim por diante... Isto, para induzir uma respiração tranquila. Abandone em seguida a contagem e deixe que sua respiração continue sozinha. De vez em quando isso voltará à sua consciência, e dedicar-se de novo a pacificar seu ritmo respiratório facilitará sua meditação. A relação com a respiração é algo interessante: respirar é um processo natural, que não podemos impedir, mas apenas controlar e orientar no melhor sentido para nós. A mesma coisa é a nossa relação com o medo: não podemos impedir seu surgimento, mas podemos modular sua expressão;

• *Aceitação*: este é, sem dúvida, o traço mais característico desta forma de meditação "de consciência alerta". Trata-se de aceitar tudo o que acontece, em nós e ao nosso redor: os barulhos exteriores, vindos da rua ou do lugar em que nos encontramos; os inúmeros pensamentos parasitários que aproveitam, geralmente, o espaço aberto pela meditação para invadir-nos; as emoções negativas, inquietação, tristeza, cólera e outras, que aproveitam também dessa oportunidade para manifestar-se novamente... Tudo isto, você irá aceitar. Não diga que isso atrapalha sua meditação, que a impossibilita. Diga para si mesmo(a) que é a vida que está aí, que, por engraçado que seja, exatamente isto é a vida! Você não medita para se distanciar ou se isolar do mundo, mas para estar pacificamente presente nele. Você não medita para *não sentir medo*, mas para *não ter medo de sentir medo*. Os barulhos que o(a) rodeiam e agridem, aceite-os mas não lhes dê atenção: eles entram por um ouvido e saem pelo outro; aos poucos eles não incomodarão mais você. Os pensamentos que o(a) assaltam, aceite-os, mas não os siga: deixe-os irem e virem, viverem sua vida de pensamento, você se ocupará com eles mais tarde; o que é importante retornará à sua mente, e o que não é, será esquecido. As emoções que querem voltar a oprimir sua mente, aceite-as mas não lhes obedeça: se você não as alimentar, elas irão diminuir docemente; voltarão ao seu lugar e à sua importância natural, cada vez menores;

• *Manter a meditação*: é o mais difícil, no começo: os barulhos em redor, os pensamentos a respeito disso e daquilo, as sensações físicas, aquela pequena dor na nuca, o estômago que ronca, esse zumbido nos ouvidos, tudo irá distrair você. Encare como um exercício: tudo isto é normal e é útil. Imagine que você está sentado(a) na grama, um pouco afastado, durante uma refeição no campo com familiares ou amigos: você ouve o barulho, mas não participa da conversa. Você optou por

estar presente, mas a distância. Você não fica incomodado com eles porque estão fazendo barulho, pois eles estão lá para isso, para fazer barulho, falando e divertindo-se. É este o objetivo daquele grupo de pessoas. É porque tudo isto existe que sua meditação tem um sentido. Ela não teria nenhum se você estivesse em um silêncio e um vazio completos. Quando você estiver meditando, aceite cada distração e reconduza suavemente sua consciência para o estado mental almejado: docemente concentrado(a) no céu ou na parede, deixando passarem em você sensações, pensamentos, emoções. Da mesma forma, você pode se imaginar reconduzindo docemente para a saída de sua "sala de meditação" uma pequena criança, com paciência, tolerância, tranquilamente, sem se irritar se ela volta: isto faz parte da vida, e é o melhor exercício possível para fortalecer sua serenidade. Distrair-se não é um fracasso: é normal, é um episódio do caminho. Cada exercício de meditação é um percurso e não um fim em si mesmo;

• *Focalização da atenção e utilização da meditação*: a meditação pode ser suficiente por si só: manter sua atenção voltada para a noção de simples presença, de pertença à vida e ao mundo, simplesmente "existir". E pode servir também para atingir outros objetivos: facilitar a oração, refletir sobre os problemas importantes, ou trabalhar seus medos. Nesse caso, que é o que aqui nos interessa, a meditação serve para aceitar a ideia do medo, olhar de frente os objetos de nossos medos, para pensar nos nossos cenários mais catastróficos sem perder o controle:

> Eu não desejo que isso aconteça, mas não serão os meus medos que impedirão que aconteça isso ou aquilo, e sim minhas ações e minhas decisões. Se tenho medo de uma mordida, tenho que aceitar ver-me mordido. Se tenho medo da queda, tenho que aceitar ver-me cair. Se tenho medo da morte, tenho que aceitar ver minha morte. Se tenho medo da humilhação, tenho que aceitar ver-me humilhado. Depois, uma vez que a *ideia* foi aceita, irei trabalhar para que a *coisa* não aconteça, se não a desejo. Ou para que ela me encontre calmo(a) e forte caso aconteça. Contudo, minha ação

será mais eficaz se eu estiver sereno(a) diante da pior eventualidade do que se eu estiver totalmente tomado(a) por minhas emoções;

• *Fim do exercício*: a maioria das pessoas que meditam serve-se de alguns pequenos rituais para começar seu exercício: instalam-se, geralmente, no mesmo lugar, concentram-se nas mesmas coisas, repetem algumas frases ou palavras como que para embalar ou relaxar sua mente. Da mesma forma, usam algum pequeno gesto ou uma frase de conclusão: inclinar-se colocando uma mão sobre o coração, ou juntando as palmas das mãos. Cabe a cada um escolher sua maneira. A ideia de fundo é expressar respeito para consigo mesmo e com o exercício que acaba de realizar. Mesmo nos dias em que for difícil, procure respeitar o ciclo completo que acabamos de descrever: se isto não lhe traz nenhum benefício claro hoje, dessa forma você estará preparando melhor as próximas vezes.

---

280. CHULTZ, J.H. *Le Training autogène*. Paris: PUF, 1982.

* Em algumas pessoas, ao contrário, o que irá aparecer é uma agradável sensação de leveza.

281. SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. *Mindfullness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Nova York: Guilford, 2002. • BROWN, K.W.; RYAN, R.M. The benefits of being present: mindfullness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, p. 822-848, 2003.

CHRISTOPHE ANDRÉ é médico psiquiatra no Hospital Sainte-Anne, em Paris. Tornou-se uma referência na França e no exterior no tratamento de angústias, fobias e pânicos através das Terapias Cognitivas e Comportamentais. É, também, autor de diversas obras de sucesso sobre os medos.